

Aphasie: Wie weiter?

Welche Interventionen unterstützen die Lebensqualität von Erwachsenen, welche aufgrund eines Schlaganfalls an Aphasie leiden?

Bachelorarbeit

im Rahmen der Ausbildung zur Pflegefachfrau FH

von

Sandra Baeriswyl

Bachelor 2007-2010

Erstgutachterin: Annemarie Weber

Hochschule für Gesundheit Freiburg

Studiengang Bachelor in Pflege

5. Juli 2010

Abstract

Die Inzidenzrate für Aphasie steigt mit dem Lebensalter. Gemäss Statistiken wird die Gesellschaft zunehmend älter. Um die gegenwärtig, sowie auch die zukünftig Betroffenen kompetent betreuen zu können, werden die wichtigsten Erkenntnisse der letzten 10 Jahre in der vorliegenden Literaturübersicht zusammengefasst. Mit verschiedenen Suchbegriffen wurden 15 Studien unterschiedlichen Designs gefunden, die analysiert und auf ihre Qualität hin überprüft wurden. Die Forschungsfrage „Welche Interventionen unterstützen die Lebensqualität von Erwachsenen, welche aufgrund eines Schlaganfalls an Aphasie leiden?“ wurde anhand der gefundenen Resultate beantwortet und mit dem theoretischen Rahmen in Beziehung gesetzt. Interventionen wie die Gruppentherapie weisen gemäss den Studien gute Ergebnisse auf. Es sind jedoch weitere Studien nötig, um die vorliegenden Resultate zu bestätigen. Aus den Ergebnissen werden in der Schlussfolgerung Vorschläge zur Implikation der Interventionen in die Pflegepraxis abgeleitet. Aufgrund besserer Lesbarkeit wird in der Arbeit durchgehend die weibliche Form benutzt. Selbstverständlich sind damit beide Geschlechter gemeint.

Résumé

L'occurrence de l'aphasie augmente avec l'âge. Selon les statistiques, la société devient de plus en plus âgée. Pour une prise en charge compétente des concernés, les connaissances principales de ces dix dernières années sont récapitulées dans cette revue de littérature. En combinant divers termes de recherches, 15 études présentant des approches différentes ont été trouvées. Ces études ont ensuite été analysées et leur qualité a été évaluée. La réponse à la question de recherche, „Quelles interventions supportent la qualité de vie des adultes souffrant d'aphasie dû à une apoplexie ?“, a été élaborée à l'aide des résultats trouvés et croisés avec le cadre théorique. Des interventions telles que la thérapie de groupe présentent de bons aboutissements. Cependant, d'autres études sont nécessaires afin d'approfondir les résultats obtenus dans ce travail. Sur la base de ces derniers, des recommandations pour l'implication dans la pratique sont émises dans la conclusion.

En faveur d'une meilleure lisibilité, la forme féminine est utilisée dans tout le travail. Évidemment cela inclut les deux sexes.

INHALTVERZEICHNIS

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	5
1. EINLEITUNG	6
1.1. Problembeschreibung	6
1.1.1. Vorkommen	6
1.1.2. Entwicklung im Gesundheitswesen	6
1.1.3. Problembericht aus der Sicht des Aphasikers und dessen Angehörigen.....	7
1.1.4. Auswirkungen auf die Identität.....	7
1.1.5. Psychologische Last	9
1.1.6. Unsicherheit bei Pflegenden	9
1.1.7. Synthese der Problembeschreibung	10
1.2. Fragestellung der Arbeit	10
2. ZIELE & ABSICHTEN	11
3. THEORETISCHER RAHMEN.....	12
3.1. Begründung der Auswahl der Modelle und Konzepte.....	12
3.2. Begriffserklärungen	13
3.2.1. Begriffserklärung Aphasie.....	13
3.2.2. Begriffserklärung Identität.....	13
3.2.3. Begriffserklärung Intervention	14
3.2.4. Begriffserklärung Lebensqualität	14
3.2.5. Begriffserklärung Schlaganfall	14
3.2.6. Begriffserklärung Verlust:	15
3.3. Modell der Lebensqualität	15
3.4. Konzepte	17
3.4.1. Konzept Krise	17
3.4.2. Selbstkonzept	19
4. METHODOLOGIE	21
4.1. Design	21
4.2. Ablauf der Literatursuche	21
4.3. Suchkriterien und Limits	23
4.4. Vorgehen und Auswahl der Studien	23
4.5. Beurteilung & Bewertung der Literatur.....	24
4.6. Ethische Überlegungen	24
5. ERGEBNISSE	25
5.1. Sprachtherapien	25
5.1.1. Sprachtherapie mit PC-Programm.....	25
5.1.2. Sprachtherapie mit Laien	26
5.2. Gemeindegestützte Programme.....	26
5.3. Therapieintensität.....	27
5.4. Unterstützungssystem	27
5.5. Pharmakologische Therapie.....	28
5.6. Kompetente Pflege und Betreuung von Aphasikern	30
6. DISKUSSION	33
6.1. Beurteilung der Validität der Studien	33

6.2.	Kritische Würdigung der Arbeit.....	34
6.3.	Bedeutung der Resultate für die Pflege.....	34
6.4.	Sprachtherapien.....	35
6.4.1.	Sprachtherapie mit PC-Programm.....	35
6.4.2.	Sprachtherapie durch Laien.....	36
6.5.	Gemeindegestützte Programme.....	37
6.6.	Therapieintensität.....	39
6.7.	Unterstützungssystem.....	40
6.8.	Pharmakologische Therapie.....	41
6.9.	Kompetente Pflege und Betreuung von Aphasikern.....	43
7.	SCHLUSSFOLGERUNG.....	46
7.1.	Bedeutung der Ergebnisse für die Praxis.....	46
7.2.	Beantwortung der Fragestellung.....	46
7.3.	Empfehlungen für die Implementierung der Ergebnisse in die Praxis.....	50
7.4.	Empfehlungen für weiterführende Forschungen.....	52
8.	LERNPROZESS.....	53
8.1.	Thematik.....	53
8.2.	Forschungsprozess.....	53
9.	LITERATURVERZEICHNIS.....	55
10.	ANHANG.....	60
10.1.	Anhang A: Begriffsdefinition Depression ICD-10 (WHO, 1992).....	60
10.2.	Anhang B: Der Forschungsprozess im Überblick.....	61
10.3.	Anhang C: Auswahl und Anzahl der gefundenen Literatur.....	62
10.4.	Anhang D: Hierarchie der Forschungsevidenz.....	64
10.5.	Anhang E: Überblick der ausgewählten Studien.....	65
10.6.	Anhang F: Beurteilungsskalen von Behrens & Langer.....	68
	(2010, in Universitätsklinikum Halle, 2010).....	68
10.6.1.	Beurteilung einer qualitativen Studie.....	68
10.6.2.	Beurteilung einer Interventionsstudie.....	69
10.6.3.	Beurteilung einer systematischen Übersichtsarbeit oder MetaAnalyse.....	70
10.7.	Anhang G: Punkteverteilung der drei Bewertungsskalen.....	72
10.8.	Anhang H: Beurteilung der Studien.....	73
10.9.	Anhang I: Richtlinien für die Zusammenarbeit mit Aphasikern.....	103
10.10.	Anhang J: Selbstständigkeitserklärung.....	104

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABB. 1: CITY OF HOPE MODELL.....	15
---	-----------

1. Einleitung

Die vorliegende systematische Literaturübersicht untersucht die Wirkungsweise von verschiedenen Interventionen bei Aphasikern. Im ersten Kapitel ist die Problematik beschrieben und die Fragestellung definiert. Anschliessend sind die Ziele und Absichten erläutert. Unter Punkt drei ist der theoretische Rahmen der Arbeit geschildert. Das vierte Kapitel behandelt die Methodologie und somit das Vorgehen während der Erstellung der Literaturübersicht. Im nächsten Kapitel sind die Ergebnisse zusammengefasst, welche anschliessend in der Diskussion mit dem Problembeschrieb und dem theoretischen Rahmen diskutiert werden. Das Ende der Arbeit bildet die Schlussfolgerung, in dem nochmals Bezug genommen wird auf die Forschungsfrage und Empfehlungen für die Praxis gegeben werden.

1.1. Problembeschreibung

1.1.1. *Vorkommen*

2002 betrug die Inzidenzrate 1,39 pro 1'000 Einwohner. Die Prävalenzrate lag zu diesem Zeitpunkt bei 30% für aphasische Störungen. Davon waren mehr als die Hälfte mittelgradige bis schwere Aphasien. (Engelter, Gostynki, Papa, Frei, Born, Ajdacic-Gross & Lyrer, 2004). Neuere Daten liegen für die Schweiz nicht vor. Die Gefahr nach einem Schlaganfall an Aphasie zu leiden erhöht sich kontinuierlich mit dem Alter. Gemäss Engelter, Gostynki, Papa, Frei, Born, Ajdacic-Gross, Gutzwiler & Lyrer (2006) erhöht sich die Gefahr nach dem ersten Schlaganfall bei über 65-jährigen um 15%, bei über 85-jährigen sogar um 43%.

1.1.2. *Entwicklung im Gesundheitswesen*

Das Problem des Bevölkerungswachstums ist vor allem im Gesundheitssektor ein viel diskutierter Aspekt. Laut Egger (2007) nimmt die Anzahl älterer Menschen zu und damit ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung. Die Generation der „baby-boomer“ der Jahre 1943-1950 und 1957-1966 sind bereits, oder werden bald ins Rentenalter eintreten. Im Jahr 2015 wird 20% der gesamtschweizerischen Bevölkerung im Rentenalter sein. Davon sind 5.3% über 80-jährig. Gleichzeitig geht die Geburtenrate stetig zurück. Ein wichtiger Aspekt in diesem Geschehen ist ausserdem die steigende Lebenserwartung.

Angesichts der Tatsache, dass vor allem ältere Personen dem Risiko ausgesetzt sind, an Aphasie zu leiden, ist diese Entwicklung intensiv zu verfolgen.

1.1.3. Problembericht aus der Sicht des Aphasikers und dessen Angehörigen

Aphasie reisst die Aphasiker und ihre Angehörigen aus ihrem Leben heraus. Familienleben, Beruf, Reisen, Freizeit, freundschaftliche Kontakte, Finanzen. Von einem Tag auf den Anderen bricht für die Betroffenen, sowohl für die Aphasiker wie für die Angehörigen, die Welt zusammen. (Lutz, 1992).

Die Diagnose der Aphasie hat direkten Einfluss auf das Familiensystem und betrifft nicht nur den Aphasiker alleine. Ausgehend von einer klassischen Rollenverteilung müssen je nach Alter und Berufstätigkeit die Rollen im Familiensystem neu verteilt werden. Trifft es beispielsweise den Ehemann, verliert die Familie die Haupteinnahmequelle. Trifft es die Ehefrau, müssen die familieninternen Rollen umverteilt werden, weil die Frau sich nicht mehr um den Haushalt kümmern kann. Die Beziehungen zueinander können sich verändern, weil nicht mehr oder nur schwer miteinander kommuniziert werden kann. Die Familie ist gefordert, neben ihren Rollen als Familienangehörigen in gewissen Situationen auch die Rolle des Übersetzers, des Vormundes oder des Pflegenden zu übernehmen.

Auch der Betroffene selbst ist gefordert sich neu zu orientieren. Einerseits müssen die Lebensumstände angepasst werden, andererseits wird auch seine eigene Persönlichkeit hinterfragt. Einige grundlegende Faktoren, welche seine Identität prägten, verändern sich zum Zeitpunkt des Schlaganfalls. Durch die neuen Lebensumstände verändert sich auch die Identität.

1.1.4. Auswirkungen auf die Identität

Es gibt 3 Dimensionen, mit denen sich jedes Individuum identifiziert, das heisst die biologische, die psychologische und die soziale Dimension. Aphasie betrifft alle drei Dimensionen und stellt somit das eigene Ich in Frage. Das Selbstkonzept, welches der Betroffene über Jahre hinweg aufgebaut und angepasst hat, ist nicht mehr gültig. (Simmons-Mackie & Damico, 2008). Der Aphasiker stellt sich Fragen wie: Wer bin ich jetzt? Was will ich? Welches sind meine Wünsche? Wie geht es weiter? Was kann / muss ich tun damit es weiter geht? Was sind meine Möglichkeiten? Wie sieht meine Zukunft aus? Wird mein Umfeld zu mir halten?

Therapieinteraktionen betreffen nicht nur Sprachergebnisse, sondern beeinflussen auch die psychologische Anpassung bei Aphasie. Sich selbst ausdrücken zu können, ist ein wichtiger Faktor

um einen positiven Sinn in sich selbst zu finden. Durch die Kommunikation stellt sich der Mensch selbst dar und wünscht sich von der sozialen Umgebung bestätigt zu werden. (Simmons-Macki, ibid., 2008). Diese Bestätigung zeigt sich durch das aufmerksame Zuhören des Gegenübers, oder dadurch, dass über seinen Witz gelacht wird. Bleibt dem Individuum diese Bestätigung verwehrt, egal in welchen Alter oder in welchem Kontext, verliert sich dieses Individuum, da seine Identität in Frage gestellt wird. Aphasiker befinden sich in einer vergleichbaren Situation. Dadurch, dass sie in ihrer Kommunikation gestört sind, bekommen sie diese wichtige Bestätigung des sozialen Umfeldes nicht mehr. Dementsprechend wird der Aphasiker in seiner Identität hinterfragt und ist gefordert ein neues Selbstkonzept aufzubauen.

Die Sprache ist unser wichtigstes Kommunikationsmittel. Sie erlaubt uns den Kontakt mit unseren Mitmenschen und spielt für das Individuum eine zentrale Rolle. Sprache ist für die Interaktion mit der Aussenwelt von fundamentaler Bedeutung. Wünsche, Absichten, Bedürfnisse können ausgetauscht werden. Bei einer Sprachstörung ist jedoch genau dies das Problem. Bei Aphasie sind meistens alle Komponenten des Sprachsystems betroffen. Das Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben. Diese können in unterschiedlichem Ausmass und in unterschiedlicher Kombination beeinträchtigt sein. Deshalb ist Aphasie kein begrenzt sprachliches Problem. (Tesak, 2002).

Trotz einer relativ geringen Häufigkeit von Aphasie mit 1.39 pro 1000 Einwohner, ist eine adäquate Betreuung von Betroffenen von ausgesprochener Relevanz, da die resultierenden Folgen der Aphasie schwerwiegend sind.

Kommunikationsprobleme resultieren in einem Gefühl von Verlust. Oftmals durchlaufen Patienten den von Kübler-Ross definierten „typischen“ Trauerprozess. Nicht-wahrhaben-wollen, Zorn, Verhandeln, Depression und Akzeptanz. (Kulbe, 2008).

Mit der Aphasie gehen häufig auch körperliche Probleme einher. Zusätzlich, dass die Gesellschaft sie meidet, weil sie entweder nicht wissen wie mit Aphasikern umzugehen oder weil sie fälschlicherweise denken, dass die Betroffenen mit der Aphasie auch eine Intelligenzminderung aufweisen, haben Aphasiker oft auch einen unsicheren Gang aufgrund einer durch den Schlaganfall ausgelösten Halbseitenlähmung. Auf Aussenstehende wirken Aphasiker dann betrunken. Das Persönlichkeitsbild gegenüber der Gesellschaft ist verzerrt. Der Betroffene erlebt somit auch einen Imageverlust.

1.1.5. Psychologische Last

Aphasiker haben grosse Mühe in der Öffentlichkeit. Sie können der Diskussion nicht folgen, können sich nicht daran beteiligen, weil sie zu lange haben um die Gedanken zu artikulieren, können teilweise nicht mehr lesen und somit auch keine öffentlichen Informationen verarbeiten. Auf einmal redet der Tagesschausprecher chinesisch und die Zeitung stellt sich zusammen aus Bildern. Die Aphasiker werden zu Randständigen, wenn sie niemanden haben, der sie im Alltagsleben unterstützt.

Die abrupt eintretende Situation kann schwerwiegende psycho-soziale Folgen haben. Häufige Begleiterscheinung der Aphasie ist die Depression mit einer Inzidenzrate von 30% bis 60% (Small, 2004). Da nicht alle Depressionen in die schwere depressive Episode gemäss ICD-10 (World Health Organisation [WHO], 1992). (Anhang A) eingeordnet werden können, werden die Diagnosen erst spät gestellt. Aphasiker leben dann schon seit geraumer Zeit mit einer mittelgradigen depressiven Episode. Depressionen beeinträchtigen das mögliche Wiedererlangen der Kommunikationsfähigkeiten, der Aphasiker versinkt noch weiter in seiner Depression – ein Teufelskreis.

1.1.6. Unsicherheit bei Pflegenden

1999 ist von Doris Tacke eine Literaturreview über den Umgang mit Aphasikern verfasst worden. Dennoch fühlen sich viele Fachkräfte im Spitalrahmen hilflos in der Interaktion mit Aphasikern, weil sie nur ungenügende Kenntnisse über den Umgang mit Patienten mit Kommunikationsschwierigkeiten und deren entsprechenden Bedürfnissen haben. Dies führt zu unprofessionellem Verhalten und somit zu einer progressiven negativen Symptomatik auf Seiten der Patienten. (Käppeli, 2000). Seit damals sind leider keine neuen Erkenntnisse bekannt. Aus eigener Erfahrung, hat die Autorin jedoch das Gefühl, dass sich seither nichts an dieser Situation geändert hat. Bei Ankunft von Patienten mit Aphasie wollte jeweils niemand der Pflegenden den Patienten übernehmen, weil sie nicht wussten wie sie mit ihm umgehen sollten. Sie wussten nicht inwiefern der Patient sie versteht und konnten den Angehörigen auch keine Informationen darüber geben wie der Betroffene weiter behandelt wird. Vereinzelte Pflegende äusserten, ein schlechtes Gewissen gegenüber den Angehörigen zu haben, weil sie keine konkreten Interventionen vorweisen konnten, welche die Lebensqualität der Patienten in der Aphasie unterstützten. Sie standen dem Problem hilflos gegenüber, was ein Gefühl von Inkompetenz bei den Pflegenden auslöste.

1.1.7. Synthese der Problembeschreibung

Aufgrund der Tatsache, dass das durchschnittliche Todesalter in der heutigen Gesellschaft kontinuierlich nach oben korrigiert werden muss, ist der vorher aufgezeigten Problematik Aufmerksamkeit beizumessen. Gemäss dieser Gegebenheiten werden Fachkräfte also mehr und mehr auf Aphasiker treffen und dies in den verschiedensten Umgebungen; im Akutspital, sowie in der Rehabilitation oder in der Spitex. Die vorliegende Arbeit ist demnach auf breitem Gebiet von Relevanz und anwendbar.

Betroffene können als Folge einen markanten Identitäts- und Kontrollverlust erleben. Einerseits durch die Aphasie, die Kommunikationsbeeinträchtigung, andererseits jedoch auch aufgrund der Reaktion ihres Umfeldes. Diese können den Eindruck haben, dass Aphasiker an Intelligenzminderung leiden oder verwirrt sind, weil Denken und Sprechen gleichgesetzt werden. Die Aphasiker werden nicht mehr ernst genommen, übergangen oder einfach alleine gelassen. Nicht nur das Umfeld fühlt sich in dieser Situation überfordert, sondern auch Pflegende fühlen sich in der Betreuung der Aphasikern überfordert. So werden sie von Beginn weg nicht optimal betreut und gefördert. Umso wichtiger ist es, die Antwort auf folgende Fragestellung zu kennen.

1.2. Fragestellung der Arbeit

Aphasie wird in Zukunft vermehrt und in verschiedenen Kontexten präsent sein. In der Problembeschreibung wird ersichtlich, dass die Problematik für die Betroffenen gravierende Folgen hat. In den letzten 10 Jahren haben sich die medizinische Technologie und die Forschung im Gebiet der Aphasie enorm entwickelt. Dadurch konnten neuartige Therapien angeboten werden, die nun allmählich evaluiert werden können. Dies hat die Autorin zu folgender Fragestellung geführt: "Welche Interventionen unterstützen die Lebensqualität von Erwachsenen, welche aufgrund eines Schlaganfalls an Aphasie leiden?"

2. Ziele & Absichten

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, dass Pflegende, Aphasikern eine wissenschaftlich begründete Pflege anbieten können.

Anhand der 15 ausgewerteten Studien soll aufgezeigt werden, was die Problematik der Aphasie umfasst. Pflegende sollen danach die Kompetenz haben, ihre Patienten fachkundig betreuen und beraten zu können. Ziel ist es, dass Pflegende ihre Patienten über ihre Situation und ihre Möglichkeiten informieren können. Dies fordert ein wissenschaftlich fundiertes Wissen über mögliche Therapien, über benötigte Unterstützungshilfen im Alltag, aber auch Wissen über die psychologische Betreuung ihrer Patienten, damit sie sich wieder ein neues Leben, eine neue Identität aufbauen können.

3. Theoretischer Rahmen

Zu Beginn wird die Auswahl der Modelle und Konzepte begründet. Anschliessend werden einige Begriffe definiert. Diese dienen einerseits dazu die Fragestellung klar zu definieren und andererseits häufig verwendete Begriffe zu erläutern um Missverständnisse zu verhindern und Zusammenhänge nachvollziehen zu können. Zusätzlich werden die Begriffe „Identität“ und „Verlust“ definiert und erläutert, weil sie im Kontext der Aphasie eine grosse Rolle einnehmen. Weiter wird das Modell der Lebensqualität präsentiert und als Letztes das Konzept Krise und das Selbstkonzept aufgezeigt.

3.1. Begründung der Auswahl der Modelle und Konzepte

Aphasie tritt schlagartig auf und verändert das Leben von Grund auf. Was vorher Alltag war, wie zum Beispiel einer regelmässigen Arbeit nachgehen oder ein Instrument spielen, ist in der neu auftretenden Situation, zumindest zu Beginn, nicht mehr möglich. Die schlagartige Veränderung der Lebensumstände hat durch die neu auftretenden Probleme auch einen Einfluss auf die Lebensqualität. Der Aphasiker ist auf einmal körperlich eingeschränkt, hat Schwierigkeiten mit sozialen Kontakten, was Auswirkungen auf das seelische Wohlbefinden hat. Aus diesem Grund hat die Autorin sich für das Modell der Lebensqualität entschieden. Anhand des Modells möchte sie aufzeigen, inwiefern die Lebensqualität der Aphasiker betroffen ist und welche Interventionen helfen, die Lebensqualität zu unterstützen.

Der Betroffene muss sich sein Leben zu gewissen Teilen neu aufbauen, weil sich sein Lebensinhalt und auch seine Lebensperspektiven verändert haben. Dies überfordert das Individuum am Anfang. Der Aphasiker stürzt in eine Lebenskrise. Aus diesem Grund hat die Autorin das Modell „Krise“ zur theoretischen Orientierung ausgewählt.

Der Betroffene verändert sich in dieser Lebenskrise. Seine Identität, sein „Ich“ entspricht nicht mehr dem von vor dem Unfall. Deshalb hat sich die Autorin für das „Selbstkonzept“ als theoretischen Rahmen entschieden, weil es die Veränderungen aufzeigt, welche mit der Situation auftreten.

3.2. Begriffserklärungen

3.2.1. Begriffserklärung Aphasie

Bei Aphasie sind die Sprachproduktion, das Sprachverständnis, das Lesen und Schreiben beeinträchtigt. Beeinträchtigungen bei Aphasie betreffen ausserdem alle linguistischen Ebenen, wie die Phonologie, Morphologie, Semantik, Syntax und Pragmatik. All diese Bereiche und Modalitäten sind in verschiedener Ausprägung und variierender Zusammensetzung gestört. Bei der Aphasie sind die Intelligenz, das Denken und das Bewusstsein nicht gestört. Die Menschen realisieren was um sie herum passiert und die damit verbundenen Verluste. (Böcker, Denk, Heitz & Moch, 2008).

In 85% der Fälle ist die Ursache für eine Aphasie ein ischämischer Insult. Die restlichen 15% entfallen auf hämorrhagische Insulte. Andere Ursachen sind auch Schädelverletzungen, Hirntumore, Hirnoperationen, Entzündungsprozesse und degenerative Erkrankungen. Diese sind jedoch prozentual gesehen sehr selten. Je nachdem welche Hirnregion betroffen ist, entwickelt der Patient entweder eine motorische, sensorische oder eine globale Aphasie. (Böcker et al., 2008).

3.2.2. Begriffserklärung Identität

Das Lexikon definiert Identität als „Unverwechselbarkeit und Einmaligkeit einer Person, die von ihr als ihre spezifische Art und Weise des Verhaltens, Denkens und Erlebens durch alle persönlichen Veränderungen hindurch erfahren wird.“ (Bertelsmann, 1996, S. 4521). Jedes Individuum ist einzigartig, weil sich seine Identität aus unzählbaren Faktoren zusammenstellt. Jedes hat seine persönlichen Kennzeichen, Einzigartigkeiten, die nur es alleine im Zusammenspiel mit anderen Merkmalen besitzt. Körpermerkmale, wie die Grösse, Augen- oder Haarfarbe stellen sich in individueller Verbindung zusammen. Menschen werden zu Individuen mit ihren persönlichen speziellen Merkmalen. Der Charakter wird durch die Erziehung und Erfahrungen während des Lebens gebildet und laufend angepasst. Diese Faktoren machen aus jedem Menschen ein Individuum mit einer Identität, die auf der Welt einzigartig ist. (Krappmann, 2000).

Im Aufbau der Identität geht es um die Diskrepanz zwischen den Erwartungen, die an das Individuum gestellt werden und seine verinnerlichten Einstellungen. Die Identität, die ein Individuum aufrechtzuerhalten versucht, ist in besonderer Weise auf sprachliche Darstellung angewiesen. Ein Individuum präsentiert seine Identität in der Interaktion mit seiner sozialen Umgebung, tauscht darin gegenseitige Erwartungen aus. Der Aufbau einer Identität hängt demzufolge massgebend von

Kommunikations- und Handlungsprozessen ab. (Krappmann, 2000). Wenn das Individuum in der Lage sein soll, hinreichend jene Identität zu entwickeln, die der erfolgreiche Fortgang des Interaktionsprozesses verlangt, müssen unzählige gesellschaftliche und individuelle Bedingungen erfüllt sein. Vom Individuum wird gefordert, dass es einerseits aktive Fähigkeiten wie Antizipation von Erwartungen anderer, Interpretationen von Normen und Präsentation eigener Erwartungen, sowie andererseits auch passive Fähigkeiten wie Akzeptanz für Erwartungsdiskrepanzen besitzt. Das Individuum handelt dabei wie ein Akteur auf einer Bühne, der sein Auftreten in jedem Augenblick auf die Mitspieler und verschiedenen Gruppen von Zuschauern abstimmt. (Krappmann, 2000).

3.2.3. *Begriffserklärung Intervention*

„Jede Behandlung, die auf einem klinischen Urteil und klinischem Wissen basiert, die ein Pflegender durchführt, um zu besseren Ergebnissen bei einem Patienten/Klienten zu gelangen.“ (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer [SBK], 2006, S.27).

3.2.4. *Begriffserklärung Lebensqualität*

Die WHO definiert Lebensqualität als „die Vorstellung eines Individuums von seiner Stellung im Leben in Zusammenhang mit dem Kultur und dem Wertesystem, in dem es lebt, und die Beziehung zu seinen Zielen, Normen und Belangen“ (Weltgesundheitsorganisation. (1993)

3.2.5. *Begriffserklärung Schlaganfall*

Bei einem Schlaganfall, auch Apoplex, Insult oder Gehirnschlag genannt, wird unterschieden zwischen ischämischem Gehirnschlag und primär hämorrhagischem Insult.

Ein ischämischer Insult ist eine arterielle Durchblutungsstörung des Gehirns, deren Ursache meist ein Embolus, selten autochthone Thrombosen oder eine Dissektion eines extrakraniellen Gefässes ist.

Ein hämorrhagischer Insult wird ausgelöst durch die Ruptur eines intrazerebralen Gefässes, verursacht durch Angiopathie infolge arterieller Hypertonie oder in einigen Fällen infolge eines Aneurysmas. (Pschyrembel, 2004).

3.2.6. Begriffserklärung Verlust:

„Verlust (...) bedeutet die Trennung von etwas, das in gewisser Weise Teil der Existenz des Individuums ist oder ihm gehört.“ (Cook & Phillips, 1995, S.1).

Der Prozess des Verlustes und der Trauerarbeit verlangt die Wiederanpassung des Individuums an eine neue Situation. Die eigene Welt scheint in sich zusammenzufallen. Neue Wege des Denkens und Handelns müssen erlernt werden. Dies ist kein leichter oder schneller Prozess und wird möglicherweise nur zum Teil vollendet. Zu Beginn, wenn jemand gerade einen grossen Verlust erlebt hat, ist es aufgrund des Schocks und der Trauer eine grosse Herausforderung, sich dem Wechsel anzupassen. (Cook & Phillips, 1995).

3.3. Modell der Lebensqualität

Die Autorin hat zur Visualisierung das „City of hope“ Modell von Ferrell, Hasseydow, Leigh und Gulasekaram (1995, zitiert nach Grant & Rivera, 2001, in King & Hinds, 2001, S.34) ausgewählt.

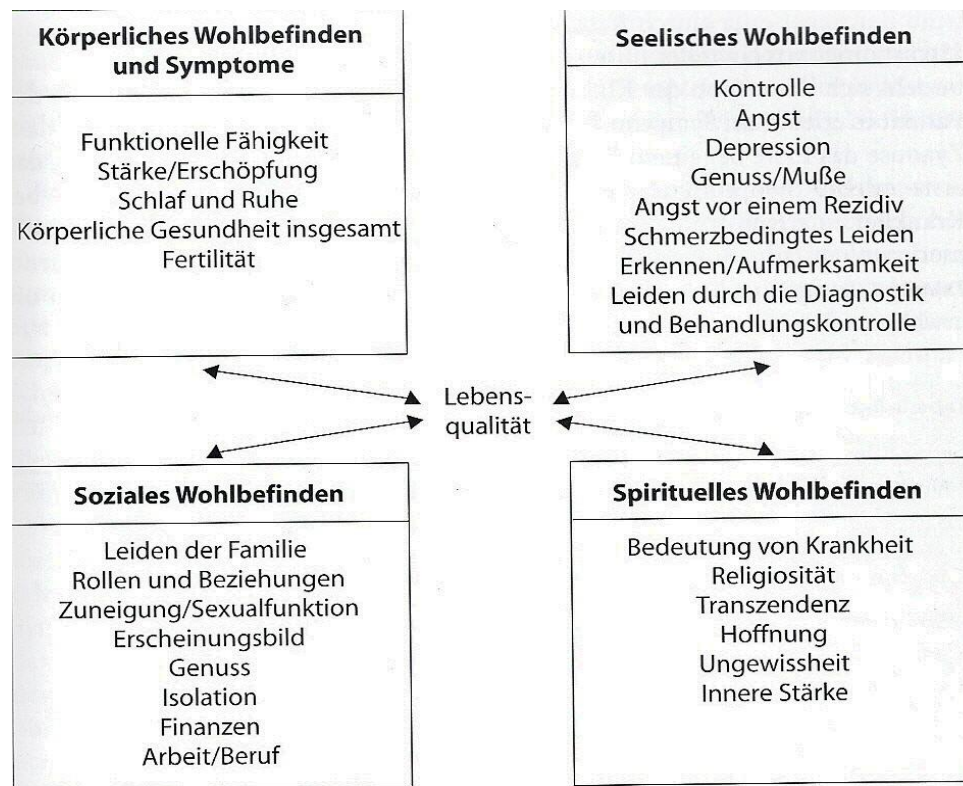


Abb. 1: City of hope Model (Ferrell et al., 1995, zitiert nach Grant & Rivera, 2001, in King & Hinds, 2001, S.34).

Das Modell zeigt die vielen verschiedenen Aspekte auf, welche die Lebensqualität beeinflussen können. Dieses Modell sagt aus, dass Lebensqualität subjektiv ist, auf der Selbstbeschreibung des Patienten beruht, sich stetig wandelt, dynamisch ist und eine multidimensionale Begrifflichkeit darstellt.

Die Pflege nimmt Einfluss auf die 4 verschiedenen aufgezeigten Bereiche des Wohlbefindens. Die 4 Bereiche stehen in Interaktion miteinander. Kann zum Beispiel das körperliche Wohlbefinden gesteigert werden durch Mobilisation, adäquate Ernährung oder Medikamentenabgabe, hat dies eine Verbesserung des sozialen, seelischen und spirituellen Wohlbefindens zur Folge. Im sozialen, seelischen und spirituellen Wohlbefinden begleitet die Pflegenden den Patienten und nimmt eine unterstützende Rolle ein. Sie hört dem Patienten zu und nimmt bei spezifischen Problemen eine beratende Position ein. Hauptansatzpunkt bei einer Hospitalisation ist das körperliche Wohlbefinden. Dies macht durchaus Sinn, da, zumindest in der ersten Phase, die Problematik körperlicher Natur ist. Verschlechterungen des sozialen, seelischen und spirituellen Wohlbefindens, der Lebensqualität, werden durch das körperliche Problem der Aphasie ausgelöst. Können durch angepasste Pflege die körperlichen Probleme aufgefangen werden, sind die Auswirkungen auf die anderen Bereiche kleiner.

In einer Studie an Überlebenden einer Knochenmarktransplantation zeigten die Befragten Wege auf, wie Pflegepersonal und Ärzte Lebensqualität verbessern können. Sie sollten

- verfügbar und zugänglich sein
- eine Möglichkeit zur Heilung finden
- die Teilnahme an Selbsthilfegruppen anbieten
- die laufenden Schulungen intensivieren
- für zusätzliche Copingstrategien sorgen und
- die Teilnahme des Patienten an der Entscheidungsfindung stärken (Grant, ibid., S.36).

Es existieren unzählige Definitionen über den Begriff der Lebensqualität. Dies deshalb, weil sie von so vielen verschiedenen und persönlichen Faktoren abhängt. Auch wenn die Faktoren bei zwei Individuen übereinstimmen, würden sich ihre Definitionen unterscheiden, weil sie ihre Prioritäten anders legen. Die Antwort eines Menschen auf die Frage: „Was bedeutet Lebensqualität für sie?“ ist demnach in hohem Masse subjektiv und kann sich je nach aktueller Situation, einschliesslich des Zeitrahmens, der Stimmung, des Ortes, der Familiendynamik und vielen anderen Variablen, ändern.

3.4. Konzepte

Die Betroffenen werden von einer Sekunde auf die Andere aus ihrem Leben geworfen. Sie sind konfrontiert mit existentiellen Fragen wie: „Wer bin ich jetzt noch mit dem neu auftretenden Problem?“ „Wie geht es weiter?“ Aphasie stürzt die Betroffenen in eine Lebenskrise, während der sie versuchen müssen wieder ein neues Selbstkonzept aufzubauen. Deshalb ist es wichtig zu verstehen, was eine Krise überhaupt bedeutet und was sie im Menschen auslöst, sowie auch den Zusammenhang zu sehen zwischen einer Krise und dem Selbstkonzept eines Menschen. Wird das Selbstkonzept eines Menschen während einer Krise in Frage gestellt, hat dies einen signifikanten Einfluss auch auf die Lebensqualität, da das Individuum im körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Wohlbefinden destabilisiert wird.

3.4.1. *Konzept Krise*

Das Wort „Krisis“ kommt aus dem griechischen und bedeutet soviel wie „Entscheidung, entscheidende Wendung“ (Zeller-Forster, 1998, S. 46).

Es gibt Definitionen aus verschiedenen Gebieten über den Begriff „Krise“; der Theologie, Wirtschaft, Medizin und Psychologie. Diese Literaturübersicht stützt sich jedoch hauptsächlich auf die Begriffsdefinition aus psychologischer Sicht ab. Für die Psychologie ist es ein „wichtiger Abschnitt eines psychologischen Entwicklungsprozesses, in dem sich nach einer Zuspitzung der Situation, der weitere Verlauf und der spätere Ausgang entscheidet.“ (Zeller-Forster, *ibid.*, S.46).

Jordi und Zeller (1993, in Zeller-Forster, 1998). haben eine Pflegestudie durchgeführt, in der sie die Patienten gefragt haben, wie sie den Begriff „Krise“ definieren würden. Die zusammenfassende Definition ist für die Autorin die Treffendste von allen:

„Jede Krankheit (Krise) trifft den Menschen unmittelbar im Kern der eigenen Existenz. Die ausgelöste Krise drückt sich im individuellen Leidensprozess aus. Es findet eine Auseinandersetzung statt mit einhergehenden Verlusten und Veränderungen. Unweigerlich ist der Mensch konfrontiert mit der Sinnfrage.“ (Jordi & Zeller, 1993, S.75, zitiert nach Zeller-Forster, 1998, S. 55).

Allen Definitionen gemeinsam ist, dass jedes Krisenereignis vom betroffenen Menschen eine besondere psychische und physische Anpassungsleistung erfordert, die gelingen oder misslingen kann. Von einer Krise ist also dann zu sprechen, wenn für einen oder mehrere Menschen ein belastendes Ungleichgewicht zwischen der subjektiven Bedeutung eines Problems und den zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten entstanden ist. Diese Entwicklung führt zu einer

immer grösser werdenden Einengung des Lebens, verbunden mit immer grösser werdender Angst. Es kann an nichts anderes mehr gedacht werden als an das zu bewältigende Problem. Es werden fast ausschliesslich Emotionen erlebt, die mit diesem Problem in Verbindung stehen, in der Regel Angst und Verzweiflung. Die Krise im eigentlichen Sinn bezeichnet einen Höhepunkt, einen Wendepunkt, einen Umschlagpunkt in dieser zunehmenden Einengung. Die Situation hat sich zugespitzt und drängt auf eine Entscheidung hin. (Zeller-Forster, 1998).

Der Mensch fühlt sich dann destabilisiert, wenn die vertrauten Lebensgewohnheiten gestört werden. Ganz egal ob dies aufgrund eines Wohnsitzwechsels passiert, aufgrund eines sozialen Auf- oder Abstiegs oder auch aufgrund einer überraschenden Schwangerschaft. Bereits ein kleiner Streit mit dem Partner kann für Menschen, die sich gewohnt sind in einer friedlichen Idylle zu leben eine Krise auslösen, deren sie sich nicht gewachsen fühlen. Dies zeigt auf, dass Krisen subjektive Beurteilungen sind. Es ist nicht die objektive Situation, die über eine Situation entscheidet, sondern die Einschätzung des betroffenen Individuums und wie es diese Situation verarbeiten kann. Ob und wie ein Individuum eine Krise verarbeitet, hängt von seinen Lebenserfahrungen und bereits angeeigneten Ressourcen ab. Zeller-Forster (1998) weist darauf hin, dass eine Mehrzahl der Menschen aufgrund ihrer biologischen Entwicklung in ihrer Kindheit, Pubertät und im Klimakterium solche kritische Entwicklungsphasen bewältigen. Eine Krise kann ferner durch ein einschneidendes Lebensereignis herbeigeführt werden in Zusammenhang mit dem Beruf, der Familie, Gesundheit oder anderen Herausforderungen oder Verlusten. Das Individuum ist in diesem Moment hohen Belastungen ausgesetzt. Es wird in seiner Persönlichkeit, seinen Werten und Normen hinterfragt. Seine Entscheidungen und sein Verhalten entscheiden darüber wie die Krise endet, in einem völligen Desaster oder aber der Mensch hat von der Krise profitiert und hat sich weiter entwickelt.

Im Umgehen mit der Krise eröffnen sich Ressourcen, solche die der Betroffene schon immer hatte und solche die sich auftun. Die Bewältigung der Krise erfolgt nach der gleichen Dynamik, nach der grundsätzlich jede grosse Veränderung erfolgt. Nach anfänglichem Nicht-Wahrhabenwollen des Problems, folgt die Phase der chaotischen Emotionen.

Die vier Schwerpunkte in der Krisenbegleitung sind gemäss Zeller-Forster (1998):

- begleiten
- unterstützen
- anleiten
- beraten (S.61).

Die Aufgabe der Pflegenden ist es, den Patienten in seinem Prozess zu begleiten, ihm beizustehen. Gespräche über das momentane Befinden aber auch über seine Vorstellungen der Zukunft sind hier sehr wichtig um darauf eingehen zu können und eine Beziehung aufzubauen. Patienten in einer Krisensituation sind anfänglich bereits bei alltäglichen Ritualen überfordert. Hier können Pflegende Unterstützung bieten wenn nötig.

3.4.2. *Selbstkonzept*

Das klinische Wörterbuch definiert das Selbstkonzept als „allgemeine Bezeichnung für die Gesamtheit von Auffassungen und Überzeugungen in Bezug auf die eigene Person.“ (Pschyrembel, 2004, S.1667). Das beinhaltet physische und psychische Merkmale, Merkmale aus der Vergangenheit, Gegenwart und Merkmale, die man in der Zukunft anstrebt oder glaubt zu besitzen. Das Individuum kreiert seine persönlichen Einstellungen. Das bedeutet, dass eine Fülle von kognitiven, evaluativen und intentionalen Merkmalen eine Rolle spielen. Dies setzt voraus, dass das Individuum imstande ist, jede dieser Eigenschaften, sowie seine gesamte Person zu bewerten. Die Bewertung beinhaltet den sozialen Vergleich, indem man sich mit anderen Personen vergleicht, den temporalen Vergleich mit einem anderen Zeitpunkt oder den kriterialen Vergleich mit einem absoluten Massstab. Das bedeutet, dass man als Person Ansehen bekommt, wenn man eine gute berufliche Position vorweisen kann, gepflegt aussieht, im Sportklub dabei ist etc.

Im Jahre 1890 hat William James mit empirischen Untersuchungen zum Selbstkonzept begonnen. (Mummendey, 1995). James behauptete, dass jeder Mensch Unmengen von Selbstbildern in sich trägt. Nach vielen Jahren sind wir heute wieder zu der damaligen Definition von James zurückgekehrt. Das Selbstkonzept eines Menschen wird heute als ein dynamisches veränderbares Persönlichkeitsmerkmal angesehen, das sich je nach äusseren Bedingungen verändern kann. Jede Person verfügt deshalb über ein Selbstkonzept, dass er im Laufe seines Lebens entwickelt hat. Das Selbstkonzept wird aufgebaut durch soziokulturelle Einflussfaktoren, durch Empfindungen und Erfahrungen und ist somit zum Zeitpunkt der Geburt noch nicht existentiell. Es entwickelt sich anhand Selbstbeobachtung, Erlebnissen und auch durch die Beurteilung durch andere. Das Selbstkonzept ist somit ein erworbenes und gelerntes Konzept. Cooley hat 1902 (Mummendey, 1995). geschrieben, dass sich das Selbstkonzept aus drei Elementen zusammensetzt: die Vorstellung unserer Erscheinung auf die andere Person, die Vorstellung wie dieser Andere uns bewertet und das „Selbstgefühl“(self-feeling) wie z.B Stolz. Ausschlaggebend ist die Vorstellung darüber wie uns

andere Bewerten. Wieso wir uns schämen oder stolz sind hängt also nicht in erster Linie von unserem inneren Gefühl ab, sondern hauptsächlich davon, wie wir die Bewertung der Gesellschaft einschätzen. Mead (Mummendey, 1995). hat diese Theorie noch weiter ausgebaut und ausgesagt, dass nicht allgemein die Gesellschaft die Etablierung des Selbstkonzeptes beeinflusst, sondern primär das enge Umfeld, welche er als "significant others" bezeichnet. Dazu zählt er z.B die Familie, Lehrer, Freunde.

Higgins, Klein und Straumann haben später im Jahre 1985 (Mummendey, 1995). zusätzlich drei Typen von Selbstkonzeptstrukturen definiert: Das Real-Selbstkonzept als Einschätzung des Ist-Zustandes der eigenen Person, das Ideal-Selbstkonzept als Einschätzung davon, wie man als Person sein möchte und das Soll-Selbstkonzept als Einschätzung davon, wie man sein sollte. Selbstkonzept und Selbstwertgefühl stehen in direktem Zusammenhang. Besteht eine grosse Differenz zwischen dem Real-Selbstkonzept und dem Ideal-Selbstkonzept, hat das ein tiefes Selbstwertgefühl zur Folge. Das Selbstkonzept beeinflusst die Wahrnehmung und die Interpretation eines Ereignisses. Anhand des Selbstkonzeptes wird dem Ereignis eine Bedeutung zugeschrieben und dementsprechend das Verhalten angepasst. Eine Person mit negativem Selbstkonzept glaubt nicht an den Erfolg und wird deshalb nicht die nötigen Handlungen ausführen um ein vorhaben erfolgreich abzuschliessen. (Mummendey, 1995).

Einschneidende oder irreversible Störungen, Verlust von Autonomie und Unabhängigkeit, Verlust der Kontrolle über die eigene Lebenssituation, Gefährdung von Lebenszielen und Wertvorstellungen, Gefährdung oder Verlust von wichtigen sozialen Rolle und Funktionen, sowie die Bedrohung der persönlichen Identität mit dem Gefühl nur noch eine Nummer oder ein Fall zu sein, fordern den Menschen heraus sein Selbstkonzept zu überarbeiten. Diese Situationen sind für ein Individuum stressig und emotional sehr belastend, weil es bedeutet sich in einer schwierigen Situation neu anzupassen und sich weiterentwickeln zu müssen. (Mummendey, 1995).

Das Selbstkonzept umfasst viele Aspekte, verschiedene Lebensbereiche, Vergangenheit und Zukunft, wie man sich sieht und wie man sich sehen möchte, was man selbst von sich hält, und was man glaubt, dass Andere von einem halten, ausserdem die persönliche Wertschätzung und die Zufriedenheit mit sich selbst. Das Individuum nimmt verschiedene soziale und situative Identitäten an, und bleibt doch immer die gleiche Person, das gleiche Individuum. Es verfügt über zig Arten des Selbst und dennoch verfolgt es ein relativ konstantes Selbstbild, welches sich im Alltag nur sehr langsam verändert. (Mummendey, 1995).

4. Methodologie

Zur Erläuterung der Fragestellung: „Welche Interventionen unterstützen die Lebensqualität von Erwachsenen, welche aufgrund eines Schlaganfalls an Aphasie leiden?“ wird eine systematische Literaturübersicht durchgeführt.

4.1. Design

Die Autorin hatte für die Verfassung der Bachelorarbeit die Auswahl aus 3 verschiedenen Designs. Die erste Möglichkeit war das Verfassen einer systematischen Literaturübersicht, eine Zusammenfassung von Forschungsliteratur. Als zweite Möglichkeit, konnte die Autorin an einem Forschungsprojekt eines Dozenten an der Fachhochschule für Gesundheit in Freiburg teilnehmen. Und als dritte und letzte Möglichkeit konnte die Studierende an einem Gruppenprojekt eines Dozenten der Hochschule für Gesundheit in Freiburg teilnehmen. Die Autorin hat sich für die erste Möglichkeit, die systematische Literaturübersicht, entschieden. Die Arbeit wurde im Rahmen der Ausbildung für den bachelor of science in nursing verfasst. Das Design der systematischen Literaturübersicht wurde gewählt, weil die Autorin es vorzieht alleine zu arbeiten. So konnte sie sich für ein Thema entscheiden, welches sie interessierte und bereits ein Thema auswählen, welches in den Bereich fällt, wo sie später gerne arbeiten würde, anstatt sich an einem Projekt zu beteiligen, deren Inhalt sie womöglich nicht stark interessiert. Das Interesse war für die Autorin ein wichtiger Entscheidungspunkt, da für die Erstellung der Bachelorarbeit 450 Arbeitsstunden berechnet werden. Besteht nur geringes Interesse für das ausgewählte Thema ist die Arbeit mit so grossem Zeitaufwand umso anstrengender. Die Autorin befürchtete auch, dass eine selbst durchgeführte Studie zu einem beträchtlichen Mehraufwand geführt hätte. Deshalb hat sie sich zu Beginn auch nicht über die potentiellen Projekte an der Schule informiert.

4.2. Ablauf der Literatursuche

Die Autorin hat sich an den von Mayer (2007) (Anhang B) definierten Ablauf eines Forschungsprozesses gehalten.

Sie hat sich für das Thema „Aphasie“ entschieden. Sie hat sich im Internet, unter anderem auf der Seite von aphasie.ch, und in der Fachliteratur in der Bibliothek der Hochschule für Gesundheit, sowie der Bibliothek für Pädagogik und Psychologie in Freiburg erste Informationen geholt und sich in das

Thema eingelesen. Sie hat auch „aphasie suisse“ angeschrieben um weitere Literaturhinweise oder sonstige Informationen zu erhalten. Die Stiftung konnte ihr jedoch nicht weiter helfen.

Zu Beginn wurden die Informationen in der Fachliteratur gesucht und die Ideen und Informationen mit der Begleitperson besprochen um den Fokus der Bachelorarbeit nicht zu verfehlen. Schrittweise wurde die Problematik herausgearbeitet und die erste Fragestellung definiert. Die Studien wurden in den Datenbanken von Hans Huber, Ebscohost, Cochrane, Pubmed und CSA mit den Suchbegriffen „Aphasia“, „communication impaired“, „stroke and control“, „stroke and Identity“, „stroke and communication“ und „communication disability“ gesucht. Zu diesem Zeitpunkt stiess sie auf eine Literaturreview aus dem Jahre 1999. In den letzten 10 Jahren wurde auf diesem Gebiet sehr viel geforscht. Aufgrund neuer Erkenntnissen und verbesserter Technologie konnten neue Therapien angeboten werden. Aufgrund dieser Argumente, hat die Autorin entschieden ihr Thema dennoch beizubehalten.

Die Studienteilnehmer mussten erwachsen sein und als Grund der Aphasie einen Schlaganfall erlitten haben. Das Interesse lag auf dem Erleben der Betroffenen und deren Angehörigen.

Im Anschluss wurden die Studien ausgewertet und deren Evidenz evaluiert. Zu diesem Zeitpunkt musste die Autorin erkennen, dass viele ihrer ausgewählten Studien nur einen tiefen Evidenzlevel aufwiesen, weil es alle qualitative Studien waren und ihnen deshalb nur eine tiefe Evidenz zugeordnet wird. Die Aussagekraft ihrer Arbeit wurde damit in Frage gestellt. Die qualitativ hochstehenden Studien, die Literaturübersichten mit grösserer Evidenz, entsprachen jedoch nicht der Anzahl der geforderten Studien. Aufgrund dessen hat die Autorin ihre Fragestellung angepasst. Nicht nur das Erleben der Patienten sollte im Mittelpunkt stehen, sondern auch die angewandten Therapien näher untersucht werden. Zu Beginn der Literaturübersicht wurden die pflegenden Angehörigen eingeschlossen. Nachdem die Fragestellung jedoch geändert werden musste, wurden diese bei der zweiten Suche ausgeklammert.

Die Autorin war aufgefordert, nochmals auf die Suche nach entsprechenden Studien zu gehen. Sie suchte bevorzugt auf „Pubmed“ und „CSA“ mit den Schlagwörtern „aphasic“, „aphasia and care“, „aphasia and nursing“, „aphasia and interventions“, „Aphasia therapy“ und „Aphasia and therapy“. Hat die Autorin einen guten, zutreffenden Artikel gefunden, hat sie über den link „related articles“ versucht weitere zutreffende Artikel zu finden. Von Januar 2010 bis März 2010 konnte sie über den Bestellservice der Unibibliothek Bern „subito“ somit 9 neue Studien bestellen.

Für den Hauptschwerpunkt der Arbeit konnten 5 Studien integriert werden. Dies stand nicht im Gleichgewicht zur Nebenthematik, welche 10 Studien umfasste. Die Autorin hat sich bemüht dieses Gleichgewicht herzustellen, indem sie, mittlerweile ziemlich gewandt in der Studiensuche, mit den Suchbegriffen „aphasia and nurse“, „aphasia and care“ auf den bereits genannten offiziellen Suchmaschinen suchte. Die Suche ergab jedoch keine neuen Studien. Unter den verschiedenen Suchbegriffen tauchten immer wieder die selben Studien auf. Deshalb sind in der Hauptproblematik für die Pflegenden 5 Studien relevant und in der Nebenthematik, der konkreten Interventionen, 10 Studien. Es wurden keine Fachpersonen einbezogen.

Die Studiensuche erfolgte dementsprechend von Januar 2009 bis April 2010. Die Auswahl ist in Anhang C angefügt.

4.3. Suchkriterien und Limits

Die Autorin hat von Anfang an immer mit Limits gearbeitet. Diese waren: Studienpublikationen nur von 1999-2010 und Studienteilnehmer 18-65 und 65+. Dieses Limits wurde gesetzt, weil sich die Arbeit auf Patienten beschränkt, welche einerseits erwachsen sind und andererseits die Aphasie durch einen Schlaganfall erlitten. Aphasie kann auch bei Kindern auftreten. Oft ist der Auslösefaktor jedoch ein anderer. Ausserdem profitieren Kinder von anderen Therapiestrategien.

Es wurden Studien beachtet in Englisch, Deutsch und Französisch. Alle am Schluss integrierten Studien der Arbeit sind jedoch in Englisch verfasst worden.

Obwohl keine Grenzen gesetzt waren bei den Ländern, stammen alle Studien aus Industrieländern. Vor allem die Länder Schweden und USA treiben sehr viel Forschung auf diesem Gebiet und erhalten dementsprechend viel Platz in dieser Literaturübersicht. 6 Studien stammen aus den USA, 4 aus Schweden, 2 aus Schottland und je eine aus Deutschland, Kanada und Neuseeland. Die Literaturübersicht beinhaltet 5 Literaturübersichten, 4 Interventionsstudien und 6 Qualitative Studien. Es wurden alle Schweregrade der Aphasie sowie auch alle verschiedenen Aphasiearten in die Studie miteinbezogen. Die Ein- und Ausschlusskriterien grenzten die Suche so ein, dass die Studien in direkter oder indirekter Weise alle Aufschlussinformationen zur Fragestellung der Arbeit abgeben.

4.4. Vorgehen und Auswahl der Studien

Wie bereits erwähnt, mussten viele Studien, die anfänglich vorgesehen waren in die Studie integriert zu werden, verworfen werden. Aus circa 60 gelesenen Studien wurden schlussendlich 15 für die

direkten Ergebnisse verwendet. Der Überblick der ausgewählten Studien kann im Anhang E näher studiert werden. Davon sind 5 Literaturübersichten, 5 Interventionsstudien und 5 qualitative Studien.

4.5. Beurteilung & Bewertung der Literatur

Die Studien wurden mit den verschiedenen Beurteilungsskalen von Behrens & Langer (in Universitätsklinikum Halle, 2010) (Anhang F) bewertet mit der Unterteilung der Bewertung in die Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit. Für jede Frage wurde ein Punkt vergeben. Die Punkteverteilung der drei Bewertungsskalen, sowie die einzelnen Beurteilungen sind im Anhang G und Anhang H angefügt. Die Artikel mussten 2/3 der Gesamtpunktzahl erreichen um in die Literaturrecherche integriert zu werden.

Die Studien wurden in der Originalsprache zusammengefasst um Fehlerquellen zu reduzieren. Durch die Übersetzung der Zusammenfassung kann der Sinn der Resultate leicht abweichen. Beim Zusammenfassen der Resultate aller Studien werden diese Ergebnisse nochmals verallgemeinert. Um so nahe wie möglich an den Aussagen der Autoren zu bleiben, sind deshalb alle Zusammenfassungen in englischer Sprache verfasst.

4.6. Ethische Überlegungen

Wo mit Menschen geforscht wird, kommt automatisch die Frage der ethischen Hintergründe auf: „Wurden die Teilnehmer mit Würde behandelt?“ Andere Länder, andere Sitten und möglicherweise auch andere Richtlinien. In der Schweiz richtet sich die Pflegewissenschaft an die vom SBK (2004) herausgegebenen Ethikrichtlinien Autonomie, Gutes tun, nicht schaden und Gerechtigkeit. In den untersuchten Ländern haben sich die Forscher wohl nicht genau an diese Richtlinien gehalten. Es war der Autorin jedoch wichtig, dass in den Studien die Grundprinzipien dieser vier Richtlinien ersichtlich waren. Damit eine Studie ethisch vertretbar und abgesegnet ist muss sie vorweisen können, dass die Teilnehmer umfassend informiert wurden, sie müssen aus freien Stücken zu einer Teilnahme an der Studie einwilligen, sowie die Anonymität und der Schutz jedes Einzelnen muss gewährleistet werden. Optimal ist, wenn die Studie von einer Ethikkommission abgesegnet wurde. Es wurden fünf Literaturübersichten in die Arbeit integriert. Die Autorin geht davon aus, dass die jeweiligen Autoren in allen einbezogenen Studien diese ethischen Grundprinzipien berücksichtigt haben.

5. Ergebnisse

Nach der Auswertung der analysierten Studien haben sich 6 Unterthemen herauskristallisiert: Sprachtherapien, gemeindegestützte Programme, Therapieintensität, Unterstützungssystem, pharmakologische Therapie und kompetente Pflege und Betreuung von Aphasikern.

5.1. Sprachtherapien

Greener, Enderby und Whurr (2008) untersuchten die Resultate von konventioneller Sprachtherapie und unprofessionellen Unterstützungshilfen von nicht ausgebildeten Anbietern. Gemäss ihrer Studie konnte keine Evidenz nachgewiesen werden, ob eine Sprachtherapie oder -methode zu besseren Resultaten führte als eine Andere. In der Literaturübersicht wurde untersucht, ob es Unterschiede gibt wenn ein Laie anstatt ein Therapeut die Sprachtherapie durchführt und ob Gruppentherapie bessere Erfolge verspricht als Einzeltherapie. Auch bei der Therapieintensität konnten Greener et al. (2008) keine signifikanten Unterschiede nachweisen. Genauso wenig bei computergestützten Therapien. Es konnte auch nicht nachgewiesen werden, ob Sprachtherapien allgemein erfolgsversprechend sind.

5.1.1. *Sprachtherapie mit PC-Programm*

Cherney, Halper, Holland und Cole (2008) haben ein Therapieprogramm entwickelt. Dieses Programm wurde speziell entwickelt für Konversations- und Lesetraining. Aphasia script training ist ein Software Programm, in dem ein virtueller Therapeut eingesetzt wird für Aphasiker. Das Leseprogramm hat 3 Phasen: Als erstes hört sich der Patient das gesamte Script an. Der virtuelle Therapeut liest Satz um Satz vor. Als nächstes wird jeder Satz vom Aphasiker nach und nach repetiert und eingeübt. Treten Probleme auf mit der Artikulation eines Wortes, kann dieses einzeln wiederholt werden indem es angeklickt wird. Schlussendlich wird die ganze zusammenhängende Sequenz mit dem virtuellen Therapeuten eingeübt. Als letztes liest der Patient die Folge laut vor und wird dabei vom Computer aufgenommen. Die Patienten können danach ihre Aufnahme anhören. Die Satzübungen sind eine angepasste Version an das laute Lesen mit dem Therapeuten während den Behandlungsstunden. Die Resultate dieser Studie zeigen bei den Patienten Verbesserungen im Sprachinhalt, grammatikalische Verbesserungen und der Anteil der Schriftproduktion pro Minute konnte nachweislich erhöht werden. Es konnte eine verbesserte verbale Kommunikation,

Veränderungen im Kommunikationsverhalten, erhöhtes Selbstvertrauen und grosse Zufriedenheit mit der Software nachgewiesen werden.

5.1.2. Sprachtherapie mit Laien

Meinzer, Streiftau & Rockstroh (2007) haben eine Studie durchgeführt in der getestet werden sollte, ob CIAT(Constraint-Induced Aphasia Therapy) bei chronischen Aphasikern genauso effektiv ist, wenn die Therapie von angelernten Laien durchgeführt wird. CIAT bedeutet übersetzt „einschränkungsinduzierte Therapie“. Grundprinzip des CIAT ist, dass die Aphasiker keine Gesten gebrauchen dürfen und somit gezwungen sind, sich sprachlich auszudrücken. Die Therapie baut auf drei Prinzipien auf. Das erste Prinzip ist, dass die Therapie so oft wie möglich durchgeführt werden sollte. Das zweite stützt sich darauf ab, dass der Aphasiker am Besten lernt, wenn er die Sprache direkt in seinem Umfeld benötigt. Das dritte Prinzip ist, dass Aphasiker den schwierigen Situationen nicht ausweichen, sondern die Kommunikation versuchen. (American stroke association, 2006).

Die Laien bekamen 2h Einführung in die Grundprinzipien von CIAT. Während den ersten 2 Trainingslektionen übernahmen die Laien die Rolle des Hilfstherapeuten. Für weitere 8 Lektionen leitete der angelernte Laie die CIAT Therapie, während die Experten im Nebenraum saßen und die Therapie über einen Monitor verfolgten, falls Probleme auftauchen sollten.

Gemäss Meinzer et al. (2007) gibt es keinen signifikanten Unterschied, ob eine Therapie von einem erfahrenen Sprachtherapeuten angeboten oder von einem dafür ausgebildeten Laien durchgeführt wird. Der Schweregrad der Aphasie war in beiden Gruppen bereits nach 2 Wochen Sprachtraining gesunken. Nur ein Proband der Gruppe, welcher von Laien therapiert wurde, wies keine Verbesserung der Aphasie auf.

5.2. Gemeindegestützte Programme

Aftonomos, Appelbaum und Stelle (1999) haben die Wirkung von fortgeschrittenen gemeindebasierten Programmen untersucht. Elman und Bernstein-Ellis (1999) untersuchten die Auswirkungen von Gruppentherapie auf die sprachliche Leistung bei Erwachsenen mit chronischer Aphasie. Die Aphasiker besuchten 2-5 Stunden pro Woche die Gruppentherapie, in der sie lernten sich auch ohne Worte verständlich zu machen, wie sie sich in ein Gespräch integrieren können trotz den Sprachproblemen, sie übten sich im Sprachverständnis und lernten durch die Fortschritte ihr Selbstvertrauen aufzubauen. Sie konnten sich frei ausdrücken, übten anhand von Rollenspielen, benutzten Notizbücher ect. Bei Elman und Bernstein-Ellis (1999) zeigten 5 Stunden Gruppentherapie

pro Woche über 2 bis 4 Monate die besten Resultate bei chronischen Aphasikern. In der Studie von Aftonomos et al. (1999) lag der Durchschnitt bei 2h wöchentlich über 5 Monaten. Gruppentherapien zeigen laut Aftonomos et al. (1999) bei allen Aphasiearten Wirkung. Die Wissenschaftler fanden Verbesserungen bei chronischer Aphasie, sowie auch bei akuter, unabhängig vom Schweregrad bei Beginn der Therapie oder wo die Therapie angeboten wurde. Elman und Bernstein-Ellis (1999) konnten bereits nach zwei Monaten bei den teilnehmenden Aphasikern signifikante Verbesserungen in den verschiedenen Aphasiebewertungsskalen nachweisen.

5.3. Therapieintensität

Die Literaturübersicht von Cherney, Patterson, Raymer, Frymark und Schooling (2008) fasst die Evidenz zusammen für die Therapieintensität und einschränkungsinduzierte Sprachtherapie (constraint-induced language therapy) bei Individuen mit Schlaganfallinduzierten Aphasien. Das Ergebnis der Sprachbeeinträchtigung befürwortet die intensive Therapie für alle Sprachmessungen ausser für die chronische Aphasie. Intensive Therapie ist vor allem bei akuter Aphasie indiziert. Bei chronischer Aphasie konnten keine signifikanten Resultate vorgewiesen werden, welche eine intensive Therapie unterstützten. Weitere Forschungen sind für die Behandlung chronischer Aphasie erforderlich. CILT (constraint-induced language therapy) hat jedoch durchgehend gute Resultate erzielt und konnte bei allen Aphasiearten einen Fortschritt nachweisen.

Bhogal, Teasell und Speechley (2003) untersuchten die Korrelation zwischen Therapieintensität und der Verbesserung der Aphasie. Bhogal et al. (2003) fanden einen signifikanten Behandlungseffekt bei 8,8 Therapiestunden pro Woche über 11.2 Wochen, was ein Total von 98,4 Therapiestunden ausmacht. Die Anzahl angebotener Stunden pro Woche stand in direktem Zusammenhang mit einer Verbesserung im PICA und Token Test.

5.4. Unterstützungssystem

In Schweden wird ein Interpretationsservice angeboten. (Larsson & Thoren, 2007). Aphasiker können einen „Dolmetscher“ für ihren Alltag auffordern. Die Studie untersuchte, wie die individuellen Erfahrungen waren mit den Übersetzern im Alltagsleben. Alle Probanden sagten aus, dass solche professionelle Dolmetscher nötig und wichtig für sie sind. Der Übersetzer wurde in den verschiedensten Situationen gebraucht. Bei öffentliche Behörden, Meetings, Ämter, Lesen und Schreiben von Briefen, Arztbesuch oder Testament. Als Gründe wieso der Dolmetscher angeboten

wurde, gaben die Probanden an, dass sie dadurch autonomer waren, dass ihre Intimsphäre geschützt war und um die Familienmitglieder zu entlasten. Die Aphasiker empfanden es als heikel, Verwandte oder Bekannte als Übersetzer zu gebrauchen. Sie befürchteten, es könnte die Beziehung belasten. Die Aphasiker fühlten sich durch den Übersetzungsdienst als gleichgestellte Kommunikationspartner mit ihrem Gegenüber. Einfluss auf den Entscheid, einen professionellen Dolmetscher einzusetzen war auch das professionelle Verhalten des Dolmetschers und die Verfügbarkeit. Einige Probanden sagten aus, dass die Unterstützungsqualität eines professionellen Dolmetschers besser ist, als die eines Angehörigen. Es war ihnen wichtig, dass sich der Dolmetscher bewusst ist, dass Aphasiker ab und an vergessen, was sie sagen wollten. Die Hauptgründe wieso sie sich für den Übersetzungsdienst entschieden, war die Ausbildung, Erfahrung und die Verbindlichkeit. Die Aphasiker mussten Prioritäten setzen, da der Übersetzungsdienst nicht immer verfügbar war, so dass sie auf persönliche Assistenten auswichen, welche eine schlechtere Übersetzungsqualität hatten und manchmal Verabredungen verpassten. Die limitierte Zugänglichkeit von Übersetzern löst Angst aus, weil sie befürchten, dass aufgrund der ökonomischen Situation das Angebot möglicherweise ganz eingestellt wird.

5.5. Pharmakologische Therapie

Small (2004) untersuchte die Ergebnisse von verschiedenen Medikamenten mit direktem und indirektem Einfluss auf die Restrukturierung des neuronalen Kreislaufes, deren Ergebnisse angezeigt wurden durch multi-modale Messungen in Sprache und Gedächtnis. Greener, Enderby und Whurr (2001) untersuchten die Wirkung von Medikamenten auf die Sprachfähigkeiten bei Personen mit Aphasie nach einem Schlaganfall. Small (2004) erwähnt, dass pharmakologische Interventionen die neuronale Aktivität beeinflussen können und diese somit neu aufkommenden therapeutischen Möglichkeiten repräsentieren. Die biologischen Modelle, welche nach einer Gehirnverletzung eine mögliche pharmakologische Aktivität aufweisen, stützen sich auf Beobachtungen, welche, bei der Einnahme gewisser Substanzen zeitgleich mit funktionellem Aufbau, eine Erhöhung der cerebralen Plastizität aufzeigten. Die am meisten gebrauchten Stoffe, welche in der aphasischen Pharmakotherapie eingesetzt werden sind Katecholamine, vorallem Dopamin und Norepinephrin. Da die Katecholamine die Blutschanke nicht überschreiten können, müssen sie entweder direkt ins Gehirn oder in den Wirbelsäulenkanal injiziert werden. Eine weitere Möglichkeit ist, Katecholaminagonisten oder –Antagonisten, welche die Katecholaminkonzentration erhöhen,

einzusetzen. Dies wird angewendet bei neurologischen Verletzungen um die Gedächtnisfunktion und die Neuroplastizität zu verbessern. Dextro-amphetamin ist der meist studierte Wirkstoff dieser Art. Dextro-amphetamin erhöht die Katecholaminkonzentrationen an allen Synapsen. (Small, 2004).

Small (2004) fand ein unklarer Hinweis, dass Dextro-amphetamin und möglicherweise auch Methylphenidate die Geschwindigkeit und der Grad der Genesung in den motorischen Funktionen der Aphasie verbessern können. Im Tandem mit einer Sprachtherapie zeigten Dextro-amphetamine überdurchschnittlich gute Ergebnisse.

Widersprüchlich zu der Tatsache, dass auch Dopamin sehr häufig eingesetzt wird ist, dass Bromocryptine (Dopamin) in beiden untersuchten Studien keine Ergebnisse zeigte. Die Patienten verbesserten weder die Sprechflüssigkeit, noch Sprachgehalt. Sie verbesserten sich auch nicht auf der Skala des Schweregrades oder in nonverbalen Fähigkeiten.

Gemäss Small (2004) existiert eine Neigung einer positiven Einwirkung von Nootropika im Zusammenhang mit aphasischen Störungen. Piracetam ist ein GABAderivat, welches anstatt als GABA Agonist oder Antagonist, als Nootropika mit Wirkung auf das Zentralnervensystem eingesetzt wird, indem es die cholinerge Neurotransmission erleichtert. Dieser Vermittlerstoff verbessert das Lernen und das Gedächtnis. Diese Resultate bestätigt auch Greener et al. (2001) Es ist jedoch nicht klar, welche unzähligen biologischen Wirkungen verantwortlich sind für den angeblich kognitiven Gewinn. Piracetam ist das einzige Medikament, für welches eine angemessene Evidenz herauskristallisiert werden konnte. Small (2004) zeigt auf, dass bei post-akuter und chronischer Aphasie eine randomisiert kontrollierte Studie nach 12 Wochen für Piracetam signifikante Verbesserungen bei der mehrdimensionalen Analyse bei der der Aachener Aphasie Testauswertung zeigte, im Vergleich zur Basiseinschätzung. Dieser Effekt war jedoch nicht mehr präsent nach 24 Wochen.

Die Abgabe über kurze Zeit von Diazepam, welches zu den Benzodiazepinen gehört und ein indirekter GABAagonist ist, so wie auch Phenorbital, hemmt gemäss ersten Ergebnissen ebenfalls die Heilung nach einer Gehirnverletzung. (Small, 2004).

Bifemalane, ein Nootropika, Antidepressiva, sowie Cholinergika, hat in beiden Studien von Greener et al. (2001) und Small (2004) positive Ergebnisse erreicht. Patienten verbesserten ihre Benennungs- und Auffassungsfähigkeit.

Einige therapeutische Versuche beschäftigten sich mit Donazepil, ein reversibler Acetylcholinesterasehemmer, mit einer selektiven zentralen Aktion, welche sonst gebraucht wird im

Zusammenhang mit Alzheimer um die Sprache und die kognitiven Defizite aufzubessern. (Small, 2004). Es liegen bisher jedoch keine signifikanten Resultate vor.

Einige Wirkstoffe der Antidepressiva sind im Falle einer vorliegenden Aphasie nicht empfohlen. (Small, 2004). Vor allem Wirkstoffe mit dem α -1 adrenergen Antagonist, haben eine Verlangsamung gezeigt in der motorischen Genesung. Andere Wirkstoffe konnten in Zusammenhang gesetzt werden mit beschleunigter Genesung oder mit einer positiven Wirkung auf die motorischen Funktionen. Small (2004) erwähnt, dass randomisiert kontrollierte Studien positive Ergebnisse gezeigt haben bei Nortryptiline (Trizyklika) und Citalopram (SSRI). In einer Gegenüberstellung, war Nortryptiline mit einer Antwort von 62% effektiver als Fluoxetin, welches wie Citalopram ein SSRI ist, mit einer 9%-Antwort. Fluoxetin war nach 3 Monaten nicht effektiver als Placebo, nach 18 Monaten konnten jedoch signifikant positive Ergebnisse aufgezeigt werden.

5.6. Kompetente Pflege und Betreuung von Aphasikern

Gemäss Sundin und Jansson (2003) und Gordon, Ellis-Hill und Ashburn (2008) ist verstehen und verstanden werden unglaublich wichtig für die Pflegequalität, denn dadurch wird zwischen Pflegenden und Gepflegten die Pflege definiert. Damit diese Interaktion funktioniert, muss jedoch als erstes eine Beziehung aufgebaut werden.

Sundin, Jansson und Norberg (2000) untersuchten die Bedeutung von Kommunikation mit Menschen mit Aphasie nach einem Schlaganfall, ausgehend von Erzählungen von Pflegenden, welche besonders erfolgreich sind in der Kommunikation mit Aphasikern. Sie fanden in ihrer Studie heraus, dass Beziehung in grossem Masse über Berührung erfolgt. Es schafft Vertrauen und spendet den Patienten den erforderlichen Mut zu kommunizieren und nach Hilfe zu fragen. Berührung vermittelt dem Patienten ernst genommen zu werden und dass er für die Pflegenden wichtig ist. Es reicht, dem Patienten ohne Wort die Hand zu halten oder ihm die Hand auf die Schulter zu legen als Zeichen, dass man versteht. Der Augenkontakt ist ein wichtiger Kontaktpunkt zwischen Patienten und Pflegenden. (Sundin et al., 2000).

Sundin und Jansson (2003) erläuterten in ihrer Studie, was es bedeutet zu verstehen und verstanden zu werden in der Pflege von Patienten mit Aphasie nach einem Schlaganfall. Die Pflegenden versuchen immer wieder Small Talk während der Pflege. Es ist unwichtig ob der Patient ihnen Antwort gibt. Bis der Patient das Selbstvertrauen hat zu Antworten sollte sich die Pflegende mit

einem Monolog zufrieden geben. In einer entspannten Atmosphäre stellt sie Fragen und beantwortet sie selbst, solange der Patient noch nicht wagt zu antworten.

Gemäss den Resultaten von Sundin et al (2000) ist es wichtig Geduld zu zeigen sobald der Aphasiker versucht zu antworten oder einen Kommentar abzugeben. Die Motivation vieler Patienten verschwindet drastisch bei Anzeichen von Ungeduld und Überdruß des Gegenübers. Andersson und Fridlund (2002) fanden heraus, dass sich Aphasiker blockiert fühlen, sobald mehrere Menschen gleichzeitig sprechen oder wenn ihr Gegenüber ihnen die Worte aus dem Mund nimmt. Sundin und Jansson (2003) unterstützen diese Aussagen. Der Patient soll versuchen sich selbst auszudrücken. Der Aphasiker muss das Gefühl haben, dass es unwichtig ist, ob er Fehler macht, sondern dass es zählt dass er versucht zu kommunizieren, so dass er es wieder und wieder versucht. Emotionale Unterstützung ist gemäss Andersson und Fridlund (2002) sehr wichtig. Die Qualität der Unterstützung beeinflusst direkt das Selbstvertrauen des Betroffenen. Dies motiviert den Patienten auch in kommenden Situationen die Kommunikation zu wagen.

Andersson und Fridlund (2002) gingen der Frage nach, was Aphasiker, aus pflegerischer Sicht, im Zusammentreffen mit anderen Personen erleben. Sie fanden heraus, dass ein Unterstützungssystem wie eine Erlaubnis zu sprechen oder sogar zu singen es dem Aphasiker erleichtern kann, an einer Interaktion teilzunehmen. Es ist deshalb wichtig, dass Pflegende bewusst den Patienten auffordern etwas zu sagen. Dieser kann zu jedem Zeitpunkt eine Interaktion verweigern.

Die Tonlage und das Volumen sind gemäss Sundin und Jansson (2003) manchmal wichtiger als das gesprochene Wort. Wichtiger ist oft wie etwas gesagt wird, nicht was oder weshalb. Um eine vertrauensvolle Beziehung zueinander aufbauen zu können, müssen sich die beiden Akteure ebenbürtig fühlen. Die Pflegende sollte deshalb darauf achten, jeweils auf Augenhöhe mit dem Patienten zu sein. Dies signalisiert die Ebenbürtigkeit auch auf physischer Ebene. Die Pflegende passt die Pflege dem Befinden und dem Rhythmus des Aphasikers an und zeigt Interesse an den persönlichen Wünschen des Aphasikers.

Gordon, Ellis-Hill und Ashburn (2008) untersuchten wie Patienten mit Aphasie oder Dysarthrie auf einer spezialisierten Schlaganfallstation und Pflegende in natürlicher Interaktion miteinander kommunizieren. In der westlichen Kultur zieht das Individuum meist vor, sich im Falle eines Versprechers selbst zu korrigieren. Ein Grund dafür ist, dass er sein Image nicht verlieren will. Wenn jemand sich verspricht, kann dies der Eindruck erwecken, er sei nicht kompetent. Dies hat einen schlechten Einfluss auf sein Image. Deshalb versucht er sich so schnell wie möglich selbst zu

korrigieren um gleichzeitig sein Image nicht zu verlieren. Gemäss Gordon et al. (2008) wird eine Korrektur so definiert, dass eine Person der Anderen mitten im Satz reinredet um des anderen Fehler zu korrigieren auch wenn alle in die Diskussion involvierten den Sinn verstanden haben. Diese Art von Korrektur wird in der Aphasietherapie häufig gebraucht. Durch die regelmässige Korrektur kann sich der Patient an den Rand gedrängt fühlen, er verliert das Selbstvertrauen, und wird in seinen kommunikativen Fähigkeiten eingeschränkt. Laut Gordon et al. (2008) ist das Ziel direkter Korrektur die Form, den Inhalt und die Struktur einer Äusserung zu verbessern. In sogenannten versteckten Korrekturen, wird der Patient zwar auch verbessert. Er wird jedoch nicht in seinem Redefluss unterbrochen. Der Therapeut wiederholt den falsch ausgesprochenen Satz nochmals richtig danach, indem er ihn in sein Gespräch einbaut. Wird der Patient regelmässig offensichtlich korrigiert, wird er auf einmal die passive Rolle übernehmen und erwartet im Anschluss, dass sein Umfeld seine Fehler automatisch verbessert. (Gordon et al., 2008). Dies ist offensichtlich kontraproduktiv in einer Sprachtherapie. Simmons-Mackie und Damico (2008) führten eine Studie durch um die verschiedenen Korrektionsarten zu definieren, herauszufinden, wie häufig diese angewendet werden und Hypothesen aufzustellen inwiefern die verschiedenen Korrektionsarten mit den Fortschritten der Aphasiker zusammenhängen. Auch Simmons-Mackie und Damico (2008) sind der Meinung, dass es wichtig ist manchmal klar und deutlich den Aphasiker zu verbessern. Die Pflegenden sollten jedoch eine gewisse Sensibilität für den Patienten haben, damit die Korrekturen nicht ins negative umschlagen, so dass der Aphasiker das Selbstvertrauen verliert zu kommunizieren und die Selbstidentität, das Selbstkonzept in Frage gestellt wird.

Hat die Beziehung eine Stufe erreicht, in der sich Aphasiker und Pflegende auch ohne Worte verstehen, können gemeinsame Ziele ausgehandelt werden. Wo sieht der Patient die Priorität in seiner Sprachtherapie? Ist es das Verstehen der Sprache? Ist ihm die Schriftsprache als Kommunikationsmittel möglicherweise wichtiger als die gesprochene Sprache? Usw.

Auf Rehabilitationsstationen können sich durch die lange Aufenthaltsdauer der Aphasiker enge Bindungen zwischen Patienten und Pflegenden entwickeln. Eine vertrauensvolle Beziehung ist zwar wichtig, jedoch sollten die Pflegenden immer eine gewisse „Schutzdistanz“ einhalten, denn ansonsten riskieren sie, sich zu fest in die Geschichte ihrer Patienten zu implizieren. Dies würde den Therapieprozess eher hindern als fördern. Eine solche Beziehung kann zwar für eine Pflegende eine Bereicherung sein, aber nicht selten auch eine psychologische Last. Sie fühlen nicht mit dem Patienten, sie durchleben die Krise mit ihm. (Sundin et al, 2000).

6. Diskussion

Die zuvor aufgelisteten Ergebnisse der ausgewählten Studien haben verschiedene Erkenntnisse hervorgebracht. Im folgenden Diskussionsteil werden die Ergebnisse nun interpretiert und mit der Problembeschreibung und dem theoretischen Rahmen in Bezug gebracht. Als erstes wird Bezug genommen auf die Validität der Studien und die kritische Würdigung der Arbeit. Danach wird die Bedeutung der Resultate für die Pflege erläutert. Anschliessend werden die Resultate in den gleichen Kategorien diskutiert, wie bei der Ergebnisdarstellung.

6.1. Beurteilung der Validität der Studien

Aufgrund einer im Jahre 1999 durchgeführten systematischen Literaturübersicht, wurden nur Studien der letzten 10 Jahre in die Arbeit integriert. Die Literaturübersicht basiert demnach auf aktuellen Daten.

7 von 15 ausgewählten Studien sind gemäss der Hierarchie der Forschungsevidenz nach der Universität Westminster auf der ersten Stufe einzuordnen und weisen somit eine hohe Evidenz auf. Die restlichen 8 Studien sind gemäss der Einschätzung auf der dritten Stufe einzuordnen, weil die Studien Quasi-Experimente oder qualitative Studien sind. Ihnen wird eine tiefere Beweiskraft zugeschrieben. Dabei ist jedoch zu beachten, dass diese Evidenzstufen aus der Medizin abgeleitet werden. Die Pflege ist jedoch ein eigenständiger Wissenschaftsbereich. Dies zeigt auf, dass die Medizin und die Pflege verschiedene Ziele verfolgen. Während die Medizin sich vor allem mit der Heilung beschäftigt, spielen das Wohlbefinden, der Erhalt und die Förderung der Gesundheit in der Pflege eine zentrale Rolle. Während sich die Medizin vor allem auf messbare Faktoren verlässt, ist für die Pflege das Erleben des Patienten zentral. Deshalb haben die qualitativen Studien für die Pflege einen anderen Stellenwert. Sie zeigen durch induktive Methoden die Bedürfnisse der Patienten auf. Zwei Studien, welche auf der dritten Evidenzstufe einzuordnen sind, sind Quasi-Experimente. Das bedeutet, dass in der Gegenüberstellung mit einem klassischen Experiment, der Vergleich zu einer Kontrollgruppe fehlt. Es wäre jedoch ethisch nicht vertretbar gewesen aufgrund der Studie, einer Gruppe der Aphasiker den Zugang zu einer Therapie zu verweigern.

Die Validität der integrierten Studien wurde anhand von Beurteilungsrastern von Behrens und Langer überprüft. Dabei wurden die Glaubwürdigkeit, die Aussagekraft und die Anwendbarkeit beurteilt. Für jedes erfüllte Kriterium vergab die Autorin einen Punkt. 2/3 der Gesamtpunktzahl musste erreicht

werden, das heisst die Note 4, damit die Studie in die Arbeit integriert wurde. Von 15 integrierten Studien bekamen 5 Studien die Auszeichnung sehr gut (5,5-6), 9 die Beurteilung gut (4,75- 5,25) und ein Studie wurde mit einer Note von 4,25 als befriedigend bewertet. Mit einer Durchschnittsbewertung von 5,2 kann die Qualität der integrierten Studien als gut bewertet werden. Es war der Autorin wichtig, dass in den Studien die vier Richtlinien Autonomie, Gutes tun, nicht schaden und Gerechtigkeit ersichtlich waren. Es wurden fünf Literaturübersichten in die Arbeit integriert. Die Autorin geht davon aus, dass die jeweiligen Autoren in allen einbezogenen Studien diese ethischen Grundprinzipien berücksichtigt haben.

6.2. Kritische Würdigung der Arbeit

Die vorliegende systematische Literaturübersicht wurde im Rahmen der Ausbildung für den Bachelor of science in nursing an der Hochschule für Gesundheit in Freiburg verfasst. Für die Autorin war es das erste Mal, dass sie eine Forschungsarbeit erstellte. Aufgrund dessen ist sich die Autorin bewusst, dass die vorliegende systematische Literaturübersicht qualitativ nicht mit einer Review verglichen werden kann, welche von einem erfahrenen Forschungsautor verfasst wurde.

Während dem Forschungsprozess entstand das Dilemma, dass die Autorin die Forschungsfrage ausweiten musste um den Evidenzlevel der Literaturübersicht zu heben. Dies hatte jedoch zur Folge, dass die neu integrierten Studien nicht direkt auf die Fragestellung antwort gaben, sondern die Resultate mit dem Hintergrund der Fragestellung interpretiert werden musste.

4 von insgesamt 15 Studien wurden in Schweden und 6 Studien in den USA verfasst. Jede Region hat seine kulturellen Eigenheiten. Die Überzahl hat möglicherweise die Auswertung beeinflusst.

Weiterer Kritikpunkt ist, dass trotz den verschiedenen Evidenzlevels die Studien in der Auswertung gleich gewichtet wurden.

6.3. Bedeutung der Resultate für die Pflege

Der Patient wird nach einem Schlaganfall hospitalisiert. Dort erhalten er und die Betroffenen vom verantwortlichen Dienstarzt die Diagnose „Aphasie“. Nach einer kurzen Erklärung widmet er sich seinem nächsten Patienten zu. Erst nachdem der erste Schock des Betroffenen, sowie der Angehörigen, überwunden ist, kommt die Frage auf: „Aphasie - Wie weiter?“ Die Pflegenden nehmen in diesem Zeitpunkt eine wichtige Funktion ein. Sie klären die Betroffenen darüber auf, wie der weitere Verlauf sein wird. Sie stellen ihnen Therapiemassnahmen vor wie die Gruppentherapie in

gemeindegestützten Programmen oder Einzeltherapien wie die PC-Programme, welche sogar zu Hause angewendet werden können. Sie stellen ihnen Unterstützungsmöglichkeiten vor wie zum Beispiel Übersetzungsdienste. Eine wichtige Kompetenz der Pflegenden ist ebenfalls die Medikamentenausgabe. Hier erklären die Pflegenden dem Patienten, wie die abgegebenen Medikamente wirken und inwiefern sie den Heilungsprozess der Aphasie unterstützen können.

6.4. Sprachtherapien

Gemäss der Studie von Greener, Enderby und Whurr (2008) konnte keine Evidenz nachgewiesen werden, ob eine Sprachtherapie oder -methode zu besseren Resultaten führte als eine andere. Diese Studie widerspricht dementsprechend den Aussagen der anderweitig analysierten Studien in gewissen Teilen. Es ist jedoch anzumerken, dass viele behandelte Studien nur kleine Untersuchungsgruppen aufwiesen. Es ist deshalb schwierig, eine zuverlässige Aussage zu machen. Dass keine signifikanten Resultate nachgewiesen werden konnten, bedeutet nicht, dass die Therapien keine Resultate bringen. Es konnte demnach nicht nachgewiesen werden, welche Interventionen die Lebensqualität der erwachsenen Aphasiker eher unterstützen oder weniger und somit auch nicht welche Interventionen krisenresistenter machen oder helfen ein neues Selbstkonzept aufzubauen. .

6.4.1. Sprachtherapie mit PC-Programm

Die Zielgruppe von Cherney, Halper, Holland und Cole (2008) berichteten in der Interventionsstudie mit dem PC-Programm mehr zu sprechen. Dies kann in Zusammenhang gesetzt werden mit dem erworbenen Selbstvertrauen, welches sie durch das Aphasia Script Programm entwickelten. Dadurch, dass das Programm auf die kommunikativen Fähigkeiten eines jeden einzelnen Teilnehmers angepasst wurde, waren sie motivierter regelmässig zu üben. Als weiterer Grund für die gesteigerte Motivation wurde genannt, dass sie dadurch nicht ständig kritisiert wurden.

Die PC-Programme sind eine gute Alternative für Aphasiker, welche etwas ausserhalb wohnen und wo dementsprechend die Mobilität eingeschränkt ist. So können sie dennoch regelmässig ihre Therapie verfolgen. Auf der anderen Seite bleiben die Aphasiker gerade deswegen im geschützten Rahmen isoliert und besuchen nur in gewissen Abständen den Sprachtherapeuten zur Reevaluation. Gleichzeitig mit der Computertherapie, sollte deshalb dennoch regelmässig eine Gruppentherapie besucht werden. Auch wenn die Aphasiker, wie aufgeführt, rasch gute Erfolge erzielen und sie damit

das Selbstbewusstsein stärken, ist es wichtig, dass die Aphasiker immer in regelmässigem sozialen Kontakt bleiben, denn je länger der Aphasiker isoliert bleibt, desto schwieriger ist die soziale Reintegration.

Durch das vermehrte Üben machten die Probanden in kurzer Zeit gute Fortschritte. Der Therapeut musste nicht ständig anwesend sein. Dieses Programm kann also als sehr zukunftsorientiert angesehen werden, da aufgrund der demographischen und ökonomischen Situation davon auszugehen ist, dass Pflegefachkräfte immer weniger Zeit für die Patienten aufwenden können. Einerseits, weil die Anzahl älterer Leute stetig steigt (Egger, 2007), andererseits, weil Zeit aus ökonomischer Sicht sehr teuer ist.

Die Testpersonen berichteten, vermehrt zu kommunizieren. (Cherney et al, 2008). Wie im theoretischen Rahmen beschrieben, nähern sie sich damit dem von Higgins, Klein und Straumann (1985, zitiert in Mummendey, 1995). erläuterten Ideal-Selbstkonzept an, welches die Aphasiker für sich selbst definiert haben. Damit verringert sich die Differenz zwischen dem Real-Selbstkonzept und dem Ideal-Selbstkonzept. Die Aphasiker bauen dem Erfolg entsprechend ihr Selbstwertgefühl auf. Daraus schliesst die Autorin, dass sie ein Gefühl von Kontrolle zurückgewinnen konnten, denn sie alleine beschliessen darüber wann sie das Programm durchführen und wie oft. Das wiedererworbene Selbstvertrauen gibt Mut für die Zukunft. Die Autorin folgert deshalb daraus, dass das seelische Wohlbefinden, wie im city of hope Modell (Ferrell et al, 1996, zitiert nach Grant & Rivera, 2001, in King & Hinds, 2001, S.34). dargestellt, verbessert und gleichzeitig auch die Lebensqualität unterstützt wird.

6.4.2. Sprachtherapie durch Laien

Gemäss Meinzer et al. (2007) gibt es keinen signifikanten Unterschied, ob eine Therapie von einem erfahrenen Sprachtherapeuten angeboten wird, oder ob die Therapie von einem dafür ausgebildeten Laien durchgeführt wurde und unterstreicht damit die Resultate von Greener et al. (2008). Während diese Studie vor allem auf die Sprachfunktionen fokussiert war, müssen in der Behandlung chronischer Aphasiker natürlich noch andere Faktoren berücksichtigt werden, wie z.B. die psychosozialen Faktoren. Dies schliesst die reduzierte Aktivität mit ein, die Partizipation am Gemeindeleben, reduziertes Selbstvertrauen und psychiatrische Nebendiagnosen.

Die Sprachtherapie durch Laien scheint für die Autorin einige Schwachpunkte und Gefahren zu beinhalten. Die Möglichkeit bei der Therapie mithelfen zu können, gibt den Angehörigen

möglicherweise das Gefühl etwas tun zu können. Es wäre gemäss der Meinung der Autorin jedoch falsch, die gesamte Verantwortung den Angehörigen abzugeben. Sie würden eine zu grosse Verantwortung tragen und im Zusammenhang, dass auch die Angehörigen mit den Betroffenen eine Krise durchleben, würde diese Verantwortung für die Angehörigen eine Überforderung darstellen. Es ist ausserdem problematisch, dass Angehörige die Sprachtherapie übernehmen, weil sie gleichzeitig zwei Rollen einnehmen müssen. Einerseits die Rolle des Angehörigen, andererseits die persönlich nicht implizierte Rolle des Sprachtherapeuten. Die Angehörigen sollten angeleitet werden, wie sie den Betroffenen unterstützen können, sie sollten die Möglichkeit bekommen bei den ersten Sprachtherapien dabei sein zu können. Somit kann ihnen das Basiswissen vermittelt werden und gleichzeitig sehen sie die praktische Umsetzung. Dies sollte jedoch immer nur eine Möglichkeit darstellen. Es liegt in der Entscheidung der Angehörigen inwiefern sie sich in dieses Projekt investieren. Auch wenn die Angehörigen sich stark darin investieren und den Aphasiker auch zu Hause stark fördern können, sollten sie nicht die reguläre Sprachtherapie übernehmen.

Aufgrund der demographischen Entwicklung, die Gesellschaft wird immer älter, (Egger, 2007). und der Inzidenzrate von 1,39 pro 1000 Einwohner von Aphasie, (Engelter et al., 2006). wird die Sprachtherapie durch Laien immer grössere Relevanz bekommen, weil die finanziellen Mittel nicht ausreichen werden, dass Aphasiker regelmässig einen Sprachtherapeuten besuchen können. .

Inwiefern in dieser Therapie die Lebensqualität unterstützt wird hängt davon ab, ob die ausgebildeten Laien Angehörige von Aphasikern sind. Ist dies der Fall können die Angehörigen die Betroffenen auch zu Hause „professionell“ fördern. So macht der Aphasiker schnellere Fortschritte, was eine unterstützende Auswirkung auf die Lebensqualität hat, denn durch den Fortschritt wird zum Beispiel das Selbstwertgefühl aufgebaut, das Selbstkonzept wird gestärkt und der Aphasiker geht mehr unter die Leute. Das soziale und das seelische Wohlbefinden werden gefördert und folglich somit die Lebensqualität. Dieser interagierende Prozess verhindert auch das Hinabgleiten in eine belastbare Krise.

6.5. Gemeindegestützte Programme

Gemäss Elman und Bernstein-Ellis (1999) verbessert die Gruppentherapie direkt oder indirekt psychosoziale Funktionen und fördert die Beteiligung am Gemeindeleben, indem eine Atmosphäre herrscht, in der sich die Betroffenen wohl fühlen. Sie fühlen sich nicht alleine mit ihrem Problem und können sich mit anderen austauschen, sie fühlen sich von den anderen verstanden und sind daher

motivierter sich auszudrücken und infolgedessen am kommunikativen Fortschritt zu arbeiten. Eine unterstützende Umgebung soll Aphasiker zu vermehrter Kommunikation ermutigen und folglich zu einer erfolgreichen Anpassung an das Leben mit Aphasie. Die gleiche Dynamik, eine unterstützende Umgebung, ist auch im Familienkontext tragend für eine rasche und erfolgreiche Anpassung an die neuen Lebensumstände.

Aftonomos et al. (1999) argumentiert, dass gemeindebasierte Programme ferner interessant sind in finanzieller Hinsicht. Dadurch, dass in der Gruppentherapie mehrere Patienten gleichzeitig behandelt werden können, ist diese Therapie auch aus Kostengründen attraktiv. Dies ist vor allem in der kommenden Zeit ein wichtiger Faktor, da die Pflege mehr und mehr gefordert wird, managed-care-Modelle anzubieten. In der Gruppentherapie können mehrere Patienten gleichzeitig behandelt werden, was die Therapie somit kostengünstiger macht. Die Gruppentherapie hat gute Resultate aufgezeigt. Das Konzept der Programme scheint zu funktionieren. Personen mit Schlüsselfunktionen in diesen Programmen sollten ihr Wissen an Personen in Regionen abgeben, wo solche Programme noch nicht angeboten werden können.

In der Problembeschreibung wurde gezeigt, dass es für Aphasiker und deren Angehörigen ein enormer Schock ist, dieser neuen Situation gegenüber zu stehen. (Lutz, 1992). Er hat mit einem Identitätsverlust zu kämpfen. Gemäss den Resultaten von Aftonomos et al. (1999), einer Interventionsstudie, fühlen sich die Aphasiker in den gemeindegestützten Programmen gut aufgehoben, da sie nicht mehr alleine sind mit ihrem Problem. Sie fühlen sich von anderen verstanden. Die gemeindebasierten Programme können somit im frühen Stadium helfen, dem Aphasiker aufzuzeigen, dass sein Leben weiter geht und dass er am Beispiel anderer sieht, dass er auch trotz seines neu auftretenden Problems wieder glücklich werden kann. Die anderen Mitglieder im Programm sind sich der Problematik aufgrund eigener Erfahrungen klar bewusst. Sie gehen mit dem neu betroffenen Aphasiker so um, wie sie es sich auch wünschten. Sie hören ihm mit grosser Geduld zu und ermöglichen ihm dadurch die Selbstdarstellung. (Simmons-Mackie & Damico, 2008). Dies unterstützt, wie in der Problematik beschrieben, das Selbstkonzept des Aphasikers. Ausserdem vermindern diese sozialen Kontakte die psychologische Last. Somit ist der Aphasiker weniger gefährdet in eine tiefe Krise zu stürzen.

Der Aphasiker hat direkt nach dem Schlaganfall und der daraus resultierenden Aphasie den Boden unter den Füßen verloren. Higgins, Klein und Straumann (Mummendey, 1995) haben im Jahre 1985 drei Typen von Selbstkonzeptstrukturen definiert. Das Real- Selbstkonzept, das Ideal-Selbstkonzept

und das Soll-Selbstkonzept. Der Aphasiker wird in der ersten Zeit den Ist-Zustand, das Real-Selbstkonzept, negativ bewerten. Er weiss jedoch sehr genau wie er sein möchte. Dieses Bild, das Ideal-Selbstkonzept, wird in der ersten Phase noch von den Einstellungen vor dem Schlaganfall beeinflusst. Dadurch entsteht ein grosses Gefälle zwischen dem Real-Konzept und dem Ideal-Konzept. Dadurch entsteht ein schlechtes Selbstwertgefühl. Der Besuch im gemeindegestützten Programm lässt eine Einschätzung zu, was aus ihm werden könnte. Der Aphasiker passt sein Ideal-Selbstkonzept den erlebten Umständen an. Das bedeutet, dass das Gefälle zwischen dem Real-Selbstkonzept und dem Ideal-Selbstkonzept kleiner wird und dementsprechend auch das Selbstwertgefühl zunimmt.

Durch den Eintritt in ein gemeindebasiertes Programm, macht der Aphasiker einen Schritt heraus aus der häufig davor erfahrenen Isolation. Er fühlt sich von seinen Mitmenschen unterstützt und aufgenommen. In Ihrer Gruppe ist er nicht mehr „der Stumme“, sondern einer unter vielen. Daraus schliesst die Autorin, dass der Aphasiker bezogen auf das City of hope Modell (Ferrell et al, 1996, zitiert nach Grant & Rivera, 2001, in King & Hinds, 2001, S.34). das soziale Wohlbefinden verbessert. Dies hat wiederum einen positiven Einfluss auf das seelische und spirituelle Wohlbefinden, weil sie durch den Eintritt in die Gruppe Mut und Hoffnung zurückgewinnen.

6.6. Therapieintensität

Die beiden integrierten Literaturübersichten von Bhogal, Teasel und Speecheley (2003) und von Cherney, Patterson, Raymer, Frymark und Schooling (2008) konnten einen positiven Effekt nachweisen bei intensiver Therapie. Cherney et al. (2008) konnten keine Aussage machen über die genaue Anzahl von Stunden, welche den besten Behandlungseffekt zeigen. Gemäss den Ergebnissen von Bhogal et al. (2003) haben Aphasiker den grössten Erfolg, wenn sie 8,8 Stunden pro Woche über 11,2 Wochen einer Therapie folgen. Dies ist ein relativ intensives Programm. In Anbetracht davon, dass erstens vor allem Ältere von Aphasie betroffen sind (Engelter et al., 2004). und zweitens gemäss der demographischen Entwicklung die Menschen immer älter werden, (Egger, 2007). müssen diese Daten bei solchen Patienten wahrscheinlich etwas angepasst werden. Sie haben nicht mehr so viel Kraft und Durchhaltevermögen wie Jüngere. Die Therapieintensität muss dementsprechend auch dem Alter angepasst werden.

Die Therapieintensität kann als Richtwert gelten. Die Therapieintensität eines jeden Einzelnen muss jedoch individuell angepasst werden. Deshalb kann an dieser Stelle auch keine Aussage darüber

gemacht werden inwiefern die Therapieintensität das Selbstkonzept unterstützt oder hilft eine Krise zu verhindern. Genauso wenig wie beurteilt werden kann, inwiefern die Therapieintensität die Lebensqualität beeinflusst. Ist die Therapieintensität optimal an den Betroffenen angepasst, verbessern sich das Selbstkonzept und die Lebensqualität und eine Krise kann vermindert oder sogar verhindert werden. Ist die Therapieintensität jedoch schlecht angepasst, schlagen die Auswirkungen ins negative Gegenteil um.

6.7. Unterstützungssystem

Wie die Probanden in der qualitativen Studie von Larsson und Thoren (2007) erzählen, brauchen die Aphasiker den Übersetzungsdienst für die verschiedensten Anlässe. Sei es um zum Arzt zu gehen oder zu offiziellen Veranstaltungen. Dies zeigt die Vielseitigkeit dieses Übersetzungsdienstes auf, aber auch der Umfang in welchen Bereichen der Aphasiker überall, aufgrund seiner kommunikativen Schwierigkeiten, eingeschränkt ist. Dieser Dienst bietet ihnen die Möglichkeit nicht nur am sozialen Leben teilzunehmen, sondern auch mitzureden. Dadurch, dass der Aphasiker und sein Gegenüber auf der gleichen Ebene miteinander diskutieren, kann er sich Gehör verschaffen.

Durch den Übersetzungsdienst sind die Aphasiker besser sozial integriert. Sie haben dadurch die Möglichkeit sich auszudrücken, ihren Standpunkt klar zu machen und somit auch die Kontrolle über ihr Leben zu haben. Die Aphasiker berichteten, dass sie durch den Übersetzungsdienst auf der gleichen Ebene mit ihrem Gegenüber diskutieren konnten. (Larsson, *ibid.*, 2007). Das Gegenüber nimmt den Aphasiker ernster und zollt ihm Respekt. Wie im Problembeschrieb erläutert, hat dies einen signifikanten Einfluss auf das Selbstkonzept des Aphasikers. (Simmons-Mackie & Damico, 2008). Ohne das Angebot des Übersetzungsdienstes, wäre es schwieriger sich erkennbar zu machen und das Gesellschaftssystem würde über viele Aspekte des Lebens des Aphasikers entscheiden. Durch den Verlust dieses Übersetzungsdienstes können dann auch die Identität und das Selbstkonzept ins schwanken kommen, da sie nicht mehr den selben sozialen Austausch und Bestätigung haben wie zuvor. (Simmons-Mackie, *ibid.*, 2008).

Es ist davon auszugehen, dass es aufgrund der demographischen Entwicklung immer mehr alte Menschen geben wird (Egger, 2007). und somit auch mehr Aphasiker, da die Inzidenzrate mit dem Alter steigt. (Engelter, 2006). Ein Übersetzungsdienst, so wie ihn Larsson und Thoren-Johnson (2007) beschrieben haben würde sicher regelmässig ausgelastet sein. Die Frage der Zukunft für die Praxis, haben die Probanden der Studie jedoch selbst erwähnt. Die Gesundheitskosten nehmen

immer mehr zu und es werden vor allem dort Mittel gestrichen, in denen es Randgruppen betrifft. Mit einer Inzidenzrate von 1,39 pro 1000 Einwohner (Engelter et al., 2004). gehören die Aphasiker in diese Randgruppe und noch lange nicht alle machen von diesem Übersetzungsdienst Gebrauch. Doch für die Betroffenen würde das Verschwinden des Übersetzungsdienstes einen Rückschritt in die soziale Unmündigkeit bedeuten, in der sie nicht mitreden können. Für die Praxis ist dies für „aphasie suisse“ ein wichtiger Ansatzpunkt. Durch ihre politischen Möglichkeiten, kann sie die finanziellen Mittel dafür erhalten oder sogar ausweiten.

Wie im theoretischen Rahmen erwähnt, fordert der Verlust von Autonomie und Unabhängigkeit, der Verlust der Kontrolle über die eigene Lebenssituation, die Gefährdung oder der Verlust von wichtigen sozialen Rolle und Funktionen, sowie die Bedrohung der persönlichen Identität mit dem Gefühl nur noch eine Nummer oder ein Fall zu sein, den Menschen heraus sein Selbstkonzept zu überarbeiten. (Mummendey, 1995). Der Übersetzungsdienst gibt den Aphasikern die Möglichkeit einen Teil dieses Verlustes wieder zurück zu gewinnen.

Die Möglichkeit zur kontrollierten sozialen Integration hat einen positiven Einfluss auf das seelische und soziale Wohlbefinden. Aus dieser Hinsicht kann also gesagt werden, dass der Übersetzungsdienst eine erfolgreiche Intervention ist, die Lebensqualität der erwachsenen Aphasiker zu steigern und damit Krisen zu verhindern.

6.8. Pharmakologische Therapie

Gemäss den beiden Literaturübersichten von Greener, Enderby und Whurr (2001) und Small (2004) gibt es bereits einige Medikamente, welche den Heilungsprozess der Aphasie unterstützen könnten. Bis zum jetzigen Zeitpunkt sind die Resultate jedoch noch zu wenig aussagekräftig um Medikamente mit der Sicherheit einer positiven Wirkung abzugeben.

Laut der Aussage von Small (2004) sollten zwei Grundprinzipien pharmakologische Interventionen bei Aphasie anregen. Der erste und wichtigste Punkt ist, schädliche Wirkstoffe zu verhindern. Es gibt Pharmakotherapie für und Pharmakotherapie gegen Aphasie; das heisst Medikamente, die die Genesung von Aphasie nachteilig beeinflussen. Zu diesen Medikamenten gehören Stoffe gegen Bluthochdruck, Koronare Herzkrankheit, Angst, psychotische Symptome und gastrointestinale Probleme. Dies sind Sekundärerkrankungen, die sehr häufig bei Aphasikern vorkommen und welche mit grosser Wahrscheinlichkeit auch für den erlebten Hirnschlag verantwortlich sind. Bei der Diagnose „Aphasie“ muss die persönliche Medikation also streng kontrolliert werden. Zu den

schädlichen Medikamenten zählen unter anderem: Clonidine, Prazosin, alle dopaminrezeptor Antagonisten wie Neuroleptika und Benzodiazepine. Das Abwägen der Medikamente liegt in der Verantwortung des behandelnden Arztes.

Ein ausschlaggebendes Problem, welches während der Therapie ausserdem beachtet werden muss, ist laut Small (2004) die oftmals auftretende Depression in der Rehabilitationsphase, welche im Falle einer Aphasie relativ häufig aufgrund der schwierigen Umstände oder aufgrund organischen Ursprungs auftritt. Dextro-amphetamin, Methylphenidat und auch Bifemelane agieren alle zusätzlich als Antidepressiva. Dies könnte unter anderem die guten Ergebnisse erklären.

Wie in der Problembeschreibung erklärt, ist Aphasie gemäss Tesak (2002) kein begrenzt sprachliches Problem. Aus diesem Grund muss gleichzeitig mit der Medikation eine Therapie verordnet werden, um auch die seelischen und sozialen Faktoren etwas abzufangen, indem sie in Gruppen teilnehmen und Kontakt mit einem Sprachtherapeuten pflegen. Die Sprachprobleme bei Aphasie führen zu einem Zusammenbruch des sozialen Systems, aber auch des Selbstkonzeptes. Der Betroffene hat jedoch Mühe aufgrund seiner Kommunikationsprobleme seine Gefühlslage preiszugeben. Dies verhindert, dass eine Depression frühzeitig diagnostiziert würde. Die Symptomatik der Depression vermindert unterdessen die sprachlichen Fortschritte.

Gemäss dem im theoretischen Rahmen aufgezeigten Konzept der Krise stürzt somit der Betroffene immer tiefer in die Krise. Seine Bewältigungsstrategien funktionieren in der neuen Situation nicht, er fühlt sich mit der Situation überfordert. Dies kann zu einem Teufelskreis führen, der durchbrochen werden muss. Antidepressiva sind in solchen Fällen eine wertvolle Unterstützung um die „entscheidende Wendung“ (Zeller-Forster, 1998). herbeizuführen. Methylphenidate (Small, 2004) oder auch andere unterstützende Medikamente können dem Aphasiker helfen allmählich seine funktionellen Fähigkeiten zurück zu gewinnen, Ängste abzubauen und schrittweise eine neue Identität und ein neues Selbstkonzept aufzubauen.

Entsprechend dem Modell von Ferrell et al. (1996, zitiert nach Grant & Rivera, 2001, in King & Hinds, 2001, S.34) stellt sich die Lebensqualität aus körperlichem, seelischem, spirituellem und sozialem Wohlbefinden zusammen. Durch die erwähnten Medikamente können die verschiedenen Wohlbefinden verbessert werden. Daraus resultiert, dass Medikamente auch wenn sie noch nicht aufs Letzte ausgeklügelt sind, für erwachsene Aphasiker, gemäss der Definition von Grant und Rivera (2001, in King & Hinds, 2001) eine verbesserte Lebensqualität bewirken.

6.9. Kompetente Pflege und Betreuung von Aphasikern

Die Sprache ist unser wichtigstes Kommunikationsmittel. Wünsche, Ansichten, Bedürfnisse können ausgetauscht werden (Tesak, 2002). Ist die Möglichkeit mit dem Aphasiker die Pflege zu definieren beeinträchtigt, ist es wichtig andere Wege der Kommunikation zu finden, denn ansonsten ist der Patient in seinem Recht der Autonomie stark beeinträchtigt. Gelingt dies nicht, wird über ihn entschieden. Die Patienten nehmen sich nicht mehr als Individuum wahr, sie fühlen sich wertlos. Diese Schwierigkeiten, zeigen Gordon, Ellis-Hill und Ashburn (2008) auf, haben einen direkten Einfluss auf die körperliche Genesung. Die Aphasiker isolieren sich immer mehr, was in einer Depression resultieren kann. Andersson und Fridlund (2002) erläutern, dass die Betroffenen aufgrund der Depression folglich auch ein vermindertes Selbstbewusstsein haben, was wiederum das Selbstkonzept beeinflusst.

Alle 5 integrierten qualitativen Studien zeigten auf, dass eine grundlegende Aufgabe für die Arbeit mit Aphasikern darin liegt, eine Beziehung mit dem Betroffenen aufzubauen. (Sundin & Jansson, 2003). (Gordon et al., 2008). (Sundin, Jansson & Norberg, 2000). (Andersson & Fridlund, 2002). (Simmons-Mackie & Damico, 2008). Am Anfang können oder wollen Aphasiker nicht antworten. Dass die Pflegenden einfach weiter redet und sich nicht davon beeindrucken lässt, dass sein Gegenüber ihm keine Antwort gibt, zeigt dem Aphasiker, dass die Pflegenden sich in dieser Situation wohl fühlen und dass für sie, der Aphasiker ein ebenbürtiger Gesprächspartner ist, auch wenn dieser ihr in diesem Moment noch keine Antwort gibt. Es braucht in diesem Moment sehr viel Fingerspitzengefühl von Seiten der Pflegenden. Es setzt voraus, ein gutes Mass zu halten zwischen Herausforderung und Überforderung. Möglicherweise befindet sich der Aphasiker in diesem Moment auch gerade in der Phase des Zorns wie von Kübler-Ross (Kulbe, 2008) definiert, und will ganz einfach nicht reden. Es ist für den Aphasiker eine sehr schwierige Zeit.

Wie im theoretischen Rahmen aufgezeigt, setzt sich das Selbstkonzept zusammen aus Merkmalen aus der Vergangenheit, Gegenwart und Merkmalen, die man in der Zukunft anstrebt oder glaubt zu besitzen. (Mummendey, 1995). Die Zukunft des Aphasikers hat sich auf einen Schlag verändert. All seine Pläne sind in Frage gestellt. Dies hat ein negatives Selbstkonzept zur Folge. Gemäss Mummendey (1995) glaubt eine Person mit negativem Selbstkonzept nicht an den Erfolg und wird deshalb nicht die nötigen Handlungen ausführen um ein Vorhaben erfolgreich abzuschliessen. Umso schwieriger ist es, sich aus der ersten Krise herauszuarbeiten.

Small (2004) spricht, wie in der Problematik beschrieben, von einer Inzidenzrate von 30% bis 60% der Aphasiker, welche an einer Depression leiden. Auch hier braucht es von den Pflegenden sehr viel Einfühlungsvermögen diesen Zustand zu erkennen und auch darauf eingehen zu können. Aufgabe der Pflegenden ist es nun, dem Individuum Richtungen aufzuzeigen. Spürt der Aphasiker, dass die Pflegende sich wirklich um ihn kümmert, motiviert dies den Patienten möglicherweise nach geraumer Zeit zu versuchen zu antworten. Gemäss den Aussagen von Simmons-Mackie und Damico (2008) im Problembeschrieb, ist das Zuhören des Gegenübers, die Bestätigung des sozialen Umfeldes, wichtig für die Aufrechterhaltung der Identität und die Neubildung seines Selbstkonzeptes. Der Problembeschrieb geht auch auf die von Käppeli (2000) aufgezeigte Problematik ein. Viele Pflegende fühlen sich überfordert einen Aphasiker zu pflegen, weil sie nicht wissen wie damit umzugehen. Auch diese Literaturübersicht kann keine konkreten Interventionen für den direkten Kontakt mit Aphasikern aufführen, an die sich Pflegende in jedem Fall halten könnten. Die genannten Interventionen gelten eher als Richtlinien, an denen sich Pflegende orientieren können. Ein erfolgreicher Beziehungsaufbau und eine gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen der Pflege und dem Aphasikern hängt jedoch wie in den Ergebnissen von Sundin et al. (2000) und Sundin und Jansson (2003) aufgezeigt in grossem Masse davon ab, ob Pflegende ein Gespür für die Aphasiker haben und auf nonverbaler Ebene mit dem Patienten eine Beziehung aufbauen können.

Im Spital befinden sich die Patienten immer in einer Krise. Ist der Aphasiker hospitalisiert aufgrund seines kürzlichen Schlaganfalles und der daraus resultierenden Aphasie, steckt der Betroffene in einer grossen Lebenskrise. All seine vertrauten Lebensgewohnheiten wurden von einer Sekunde auf die Andere zerstört. (Zeller-Forster, 1998). Er ist, gemäss der aufgezeigten Problematik im theoretischen Rahmen, deshalb grossen Belastungen ausgesetzt. Er wird in seiner Persönlichkeit, seinen Werten und Normen hinterfragt. „Es findet eine Auseinandersetzung statt mit einhergehenden Verlusten und Veränderungen. Unweigerlich ist der Mensch konfrontiert mit der Sinnfrage“ (Jordi & Zeller, 1993, zitiert nach Zeller-Forster, 1998, S.55).

Im Kapitel des Selbstkonzeptes im theoretischen Rahmen, hat die Autorin aufgezeigt, dass gemäss Mead nicht allgemein die Gesellschaft die Etablierung des Selbstkonzeptes beeinflusst, sondern primär das enge Umfeld, welche er als "significant others" bezeichnet. (Mummendey, 1995). Dazu zählen aufgrund der relativ langen Hospitalisierung direkt nach dem Schlaganfall, sowie später in den Rehabilitationszentren auch die Pflegenden. Das Verhalten der Pflegenden hat also direkten Einfluss auf die Bildung des Selbstkonzeptes und damit den Verlauf der Krise. Die Aufgabe der Pflegenden ist

es, dem Aphasiker Möglichkeiten aufzuzeigen. Jeder Mensch hat eine gewisse Art mit Krisen umzugehen. Wichtig ist herauszufinden, welche Ressourcen vorhanden waren und möglicherweise immer noch vorhanden sind. Die Frage danach, wie Menschen mit Krisen vor ihrer Erkrankung umgegangen sind, hilft ihnen einzusehen, dass sie sich im Laufe des Lebens Krisenkompetenzen angeeignet haben. Die Wiederherstellung und die Aufrechterhaltung eines guten Selbstwertgefühls ist im Zusammenhang mit Krisen ausgesprochen wichtig. Dadurch, dass sich die Pflegenden Zeit für den Aphasiker nehmen, zeigen sie ihm, dass sie für ihn „verfügbar und zugänglich“ (Grant & Rivera, 2001, in King & Hinds, 2001, S.36). sind und seine „Teilnahme an der Entscheidungsfindung“ (Grant & Rivera, ibid, 2001, S.36) ihnen wichtig ist. Durch die in den Ergebnissen aufgezeigten Resultaten von Gordon et al. (2008) und Andersson und Fridlund (2002) aufgezeigten Beziehungsaufbau zwischen den Pflegenden und dem Aphasiker, „begleiten, unterstützen, beraten und leiten“ (Zeller-Forster, 1998, S.61). die Pflegenden die Betroffenen. Die Pflegenden leiten den Patienten an, sich an seine neue Situation anzupassen indem sie ihm Möglichkeiten der Bewältigung aufzeigen. Dies setzt jedoch die Kompetenz voraus, des Patienten Fähigkeiten, Fertigkeiten und Belastungsgrenzen einschätzen zu können. Die Erinnerung an frühere Kompetenzen, aber auch der Hinweis darauf, dass man einem Menschen zutraut, sein Problem selber in die Hand zu nehmen, helfen ein positives Selbstkonzept aufzubauen.

Das Modell der Lebensqualität von Ferrell et al. (1996, zitiert nach Grant & Rivera, 2001, in King & Hinds, 2001, S.34). stellt sich zusammen aus körperlichem, seelischem, spirituellem und sozialem Wohlbefinden. Im Rahmen der Pflege steht in der ersten Phase im Zentrum, den Aphasikern die Angst zu nehmen, ihnen beizustehen, die funktionellen Fähigkeiten zu fördern und ihnen somit ein Kontrollgefühl zurück zu geben. Gelingt dies, können Pflegende ihren Teil zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen.

Um eine kompetente Pflege und Betreuung zu gewährleisten, braucht es sehr viel Fingerspitzengefühl von Seiten der Pflegenden. Die Empfehlungen für die Praxis entsprechen denen, welche im folgenden Kapitel für die Pflege aufgezeigt werden. Wie bereits vorhergehend erwähnt, würde es die Autorin unterstützen, wenn spitalintern regelmässig Weiterbildungen organisiert würden, welche das Thema der Aphasie aufgreifen. Somit würde sich einerseits die Pflegequalität gegenüber den Aphasikern verbessern und andererseits würden sich auch die Pflegenden im Umgang mit den Aphasiekern kompetenter fühlen.

7. Schlussfolgerung

Nachdem die Resultate der systematischen Literaturübersicht diskutiert wurden, folgt nun die Bedeutung der Ergebnisse für die Praxis, die Beantwortung der Fragestellung, Empfehlungen für die Implementierung der Ergebnisse in die Praxis, sowie die Empfehlungen für weiterführende Forschungen.

7.1. Bedeutung der Ergebnisse für die Praxis

Es wurden in der vorliegenden Literaturübersicht 15 Studien mit Therapien und Interventionen untersucht. Inwiefern sie zugänglich sind für die einzelnen Betroffenen ist jedoch schwierig zu beurteilen. Die Mehrzahl der Studien stammt aus dem westlichen Raum. Aus der Schweiz gibt es keine Angaben. Die eine Intervention wird in einem Land angeboten eine Andere nur in einem andern. Optimal wäre eine Kombination der Therapien. Leider ist die Praxis noch nicht so weit. Die Frage stellt sich, ob die Therapien und Interventionen auch in grösserem Masse praxistauglich sind, als nur für vereinzelte strukturiert ausgewählte Patienten.

Die Literaturübersicht integriert die Resultate der letzten 10 Jahre. Die Bereiche der Forschung, der Medizin, aber auch der Pflegewissenschaft haben im letzten Jahrzehnt grosse Fortschritte verzeichnen können. Folglich konnten neue Therapien angeboten werden, welche nun allmählich evaluiert werden. Zurzeit liegen jedoch noch nicht genügend Resultate vor, welche den Erfolg gewisser Therapien mit klarer Evidenz beweisen würden. Dies macht einen grossen Teil der Unsicherheit der Pflegenden aus. Solange die Pflegenden über keine wissenschaftlich gestützten Informationen verfügen, ist es schwer die Aphasiker und Betroffenen in ihrer Situation zu beraten. Die vorliegende systematische Literaturübersicht zeigt den Pflegenden jedoch Richtlinien in direktem Kontakt mit Aphasikern auf, an denen sie sich in Zukunft orientieren können.

7.2. Beantwortung der Fragestellung

Abschliessend möchte die Autorin nochmals auf die Fragestellung zurückkommen.

Die Fragestellung ist folgende: „Welche Interventionen unterstützen die Lebensqualität von Erwachsenen, welche aufgrund eines Schlaganfalls an Aphasie leiden?“

Die Diagnose der Aphasie stürzt die Betroffenen, sowie dessen Angehörigen in eine tiefe Sinnkrise. Das Leben, so wie es früher geführt wurde, die Träume, werden auf einen Schlag in Frage gestellt.

Umso wichtiger ist es, Interventionen anzubieten, welche die Lebensqualität der erwachsenen Aphasiker unterstützen. Eine erfolgsversprechende Intervention um die Lebensqualität über längere Zeit zu verbessern sind die gemeindegestützten Programme. Diese Programme stellen für den Aphasiker eine wichtige Ressource dar, weil er dort Unterstützung für seinen Lebensalltag findet. Das soziale, körperliche, seelische und spirituelle Wohlbefinden wird durch die gemeindegestützten Programme verbessert.

Auch durch die PC-Programme kann die Lebensqualität unterstützt werden. Die Aphasiker berichteten vermehrt zu kommunizieren und ihr Selbstvertrauen aufgebaut zu haben. Dadurch hat sich das seelische Wohlbefinden verbessert.

Bei der Sprachtherapie mit Laien, bei der die Angehörigen von Sprachtherapeuten angeleitet werden, mit den Betroffenen eine Therapie durchzuführen, kann nicht explizit ausgesagt werden, ob dies zu einer verbesserten Lebensqualität führt. Die Erfolge bei Sprachtherapeuten oder bei Angehörigen waren identisch. Davon kann abgeleitet werden, dass die Lebensqualität auf dem gleichen Niveau erhalten bleibt.

Aufgrund der Resultate kann auch bei der Therapieintensität keine Aussage darüber gemacht werden, inwiefern die Intensität die Lebensqualität unterstützt. Ist die Intensität für das subjektive Erleben des Betroffenen zu hoch, fühlt sich der Patient überfordert. Dies hat zur Folge, dass auch die Fortschritte stagnieren und die Lebensqualität so nicht unterstützt wird. Ist die Therapieintensität zu tief, macht der Aphasiker nur sehr langsam Fortschritte was die Lebensqualität negativ beeinflusst, weil der Aphasiker durch diese Situation deprimiert ist. Das Bedürfnis und die Belastungsgrenze sind sehr subjektiv, deshalb kann anhand der genauen Angaben nicht ausgesagt werden, ob die angegebene Intensität die Lebensqualität unterstützt.

Der Übersetzungsdienst fördert die soziale Integration der Aphasiker und hat somit auch positive Auswirkungen auf das soziale und seelische Wohlbefinden. Aus dieser Hinsicht kann also gesagt werden, dass der Übersetzungsdienst eine erfolgreiche Intervention ist, die Lebensqualität der erwachsenen Aphasiker zu unterstützen.

Durch Medikamente können Aphasiker ihre funktionellen Fähigkeiten zurückgewinnen, Ängste abbauen und schrittweise eine neue Identität und ein neues Selbstkonzept aufbauen. Dadurch wird das körperliche, seelische, soziale und spirituelle Wohlbefinden, und somit die Lebensqualität, verbessert.

Für den direkten Kontakt mit dem Aphasiker haben sich Richtlinien herausgefiltert, an denen sich Pflegende orientieren können um die Lebensqualität ihrer Patienten zu unterstützen.

Wie bereits im Verlaufe der Arbeit ersichtlich wurde, stehen das Modell der Lebensqualität, das Konzept Krise und das Selbstkonzept in direktem Zusammenhang. Die einzelnen Richtlinien können nicht konkret eingeordnet werden. Schlüsselpunkt in der erfolgreichen Pflege von Aphasikern ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen der Pflegenden und dem Aphasiker. Aus den Resultaten der Literaturübersicht haben sich Richtlinien (Anhang I) herauskristallisiert für die direkte Zusammenarbeit mit Aphasikern, an denen sich Pflegende orientieren können.

Die Kontaktaufnahme mit dem Aphasiker sollte nicht zu abrupt geschehen. Durch leichte Berührung der Hand oder der Schulter, kann die Pflegende den Kontakt zum Aphasiker aufnehmen. Der Blick ist ausserdem wichtiger Kontaktpunkt zwischen den beiden Individuen. Auch wenn der Aphasiker keine Antwort gibt, ist es wichtig dass die Pflegende mit ihm redet, ihm Fragen stellt und ihn auch darüber informiert was sie tut und wie es in der nächsten Zeit weiter gehen wird. Diese erste Phase ist für beide Parteien anstrengend. Die Pflegende bemüht sich das Vertrauen des Aphasikers zu gewinnen und der Aphasiker verarbeitet die Ereignisse und versucht sich an die neue Situation anzupassen. Etwaige Aggressionen dürfen von den Pflegenden nicht persönlich genommen werden. Kommt zwischen der Pflegenden und dem Aphasiker eine Interaktion zustande, ist ein wichtiger Grundstein für eine konstruktive Zusammenarbeit gelegt.

Jedes Krisenereignis erfordert vom Menschen eine besondere psychische und physische Anpassungsleistung, welche gelingen oder misslingen kann. Patienten in einer Krisensituation sind anfänglich bereits bei alltäglichen Ritualen überfordert. Hier können Pflegende Unterstützung bieten.

Im theoretischen Rahmen wurde erwähnt, dass Pflegende verfügbar und zugänglich sein sollen. Dies ist ein zentraler Punkt im Beziehungsaufbau in der ersten Phase. Es hilft dem Aphasiker die Angst zu reduzieren. Das seelische Wohlbefinden verbessert sich somit und die Lebensqualität nimmt zu.

Sobald sich der Aphasiker bemüht sich auszudrücken, ist es wichtig, dass die Pflegenden sehr viel Geduld zeigen und dem Betroffenen somit die Zeit gewähren seine Sätze zu formulieren. Bei Schwierigkeiten sollte die Pflegende deshalb nicht das Wort vorweg nehmen. Für den Aphasiker ist es anstrengend verbal zu kommunizieren. Er benötigt deshalb regelmässige Motivation von Seiten der Pflegenden, indem sie ihm gut zuredet und ihm seine Erfolge aufzeigt. Dem Aphasiker soll verständlich gemacht werden, dass es unwichtig ist, dass er Fehler macht. Was zählt ist, dass er es regelmässig versucht. Der Aphasiker sollte dementsprechend auch nicht im Redefluss unterbrochen

werden um Fehler zu korrigieren. Sprachfehler sollten später im Gespräch aufgenommen werden indem sie richtig angewendet oder ausgesprochen werden um das Gehör des Aphasikers zu schulen. Versteht die Pflegende ihr Gegenüber nicht, sollte sie es direkt ansprechen.

Die Pflegende begleitet den Aphasiker, unterstützt ihn und leitet ihn in der neuen Lebenssituation, in der vor kurzem eintretenden Krise, an, so wie es Zeller-Forster (1998) im theoretischen Rahmen fordert. Der Aphasiker nimmt in dieser zweiten Phase die verbale Kommunikation wieder auf, er gewinnt die verlorene funktionelle Fähigkeit wieder zurück. Gemäss dem Modell der Lebensqualität von Ferrell et al. (1996, zitiert nach Grant & Rivera, 2001, in King & Hinds, 2001, S.34) verbessert sich damit das körperliche Wohlbefinden. Im gleichen Modell sind das seelische, das soziale und das spirituelle Wohlbefinden integriert. Durch die Wiederaufnahme der Sprachfähigkeit, gewinnt der Aphasiker erneut eine gewisse Kontrolle zurück, welche das seelische Wohlbefinden fördert. Der Betroffene schöpft wieder Hoffnung für die Zukunft, denkt wieder daran unter Leute zu gehen, anstatt sich in seinem Zimmer oder in seiner Familie zu isolieren. Dadurch werden das soziale und das spirituelle Wohlbefinden gefördert. Die Gesamtsituation, die signifikante Verbesserung der Lebensqualität, verhindert, dass der Aphasiker in eine Depression fällt.

Hat der Aphasiker Schwierigkeiten sich auszudrücken, gibt es kleine Unterstützungsmöglichkeiten. Die Pflegenden können dem Aphasiker vorschlagen zu singen. Singen aktiviert eine andere Region im Hirn und kann unter Umständen Sprachschwierigkeiten verringern. Um an einem Gespräch teilnehmen zu können, können die Pflegenden dem Betroffenen vorschlagen, dass er seine Diskussionspartner im Gespräch unterbricht und explizit darum bittet ihm Zeit zu lassen um sich auszudrücken. So erhält er Zeit seine Sätze zu konstruieren und kann sich somit aktiv an einem Gespräch beteiligen.

Die Pflegende nimmt in dieser Situation gemäss Zeller-Forster (1998) also eine anleitende Rolle ein. Die Möglichkeiten helfen dem Aphasiker eine bessere Kontrolle über Gesprächssituationen zu haben. Es erlaubt ihm an einem Gespräch aktiv teilzunehmen und sich somit besser sozial zu integrieren. Dies unterstützt die Lebensqualität durch eine Verbesserung des seelischen und sozialen Wohlbefindens.

Wichtig ist auch, dass auf die Gesprächsart, wie zum Beispiel die Tonlage, geachtet wird. Pflegende sollten darauf achten nicht in Kindersprache und langsam und in kurzen Sätzen zu sprechen. Pflegende sollten ihre Körperhaltung dem Patienten anpassen, damit sie mit ihm in Augenhöhe kommunizieren können.

Sobald der Aphasiker sich zu einer Zusammenarbeit entschlossen hat und diese Entscheidung auch mitteilen kann, ist es wichtig, dass die Ziele gemeinsam ausgehandelt werden. Der Aphasiker definiert seine Prioritäten, zum Beispiel welche Art von Therapie er besuchen möchte und die Pflege agiert als Vermittlerperson der Ärzte und Institutionen, indem sie den Aphasiker und deren Betroffenen darüber informiert, welche Möglichkeiten bestehen. Die Pflegende erhält Einblick in das Privatleben der Aphasiker und deren Betroffenen und adaptiert die Krisenbegleitung individuell an jede Situation. Dadurch, dass die Pflegende mit dem Patienten Interessen und Ressourcen ausgearbeitet, steht sie dem Aphasiker in der Umorientierung der Lebensinhalte bei.

Im Kapitel des Selbstkonzeptes im theoretischen Rahmen, wurde aufgezeigt, dass gemäss Mead, nicht allgemein die Gesellschaft die Etablierung des Selbstkonzeptes beeinflusst, sondern primär das enge Umfeld, welche er als "significant others" bezeichnet. (Mummendey, 1995). Dazu zählen aufgrund der relativ langen Hospitalisierung auch die Pflegenden. Das Verhalten der Pflegenden hat also direkten Einfluss auf die Bildung des Selbstkonzeptes und damit auf den Verlauf der Krise. Gespräche über das momentane Befinden aber auch über seine Vorstellungen der Zukunft sind hier sehr wichtig um darauf eingehen zu können. Wie bereits im theoretischen Rahmen erwähnt, ist es die Aufgabe der Pflegenden den Patienten in seinem Prozess zu begleiten, ihm bei zu stehen und ihn zu beraten (Zeller-Forster, 1998). Es ist wichtig, dass sich die Pflegenden über diese einflussreiche Rolle bewusst sind und ihre Pflege danach ausrichten. Der Aphasiker verzeichnet einen zusätzlichen Kontrollgewinn über den weiteren Lebensverlauf und gewinnt an Lebensqualität.

Aphasiker bleiben zur Rehabilitation teilweise über mehrere Wochen in einer Institution. In dieser Zeit können sich nahe Beziehungen entwickeln. In dieser Situation ist es wichtig, dass die Pflegende sich zwar engagiert eine tragende Beziehung zum Patienten aufzubauen, jedoch stets eine gewisse emotionale Schutzdistanz zum Patienten hält.

7.3. Empfehlungen für die Implementierung der Ergebnisse in die Praxis

Die Lebensqualität als Ergebnis professioneller Pflege wird immer mehr zu einem wichtigen Indikator einer qualitativ hochwertigen Pflege. Infolgedessen ist es von entscheidender Bedeutung, die subjektiven Vorstellungen von Lebensqualität der Patienten, Pflegefachpersonen und Betreuenden miteinander zu vergleichen, um die Pflege anpassen zu können.

Damit die vorliegenden Ergebnisse in die Pflegepraxis implementiert werden können, schlägt die Autorin vor anhand der 6 Schritte nach Evidence-based Nursing (EBN) (Schaffer, Stolle & Grossmann, 2006). vorzugehen.

Die ersten vier Schritte des Modells, die „Aufgabenklärung“, „Fragestellung“, „Literaturrecherche“ und „kritische Beurteilung der Literatur“ wurden durch die Autorin anhand dieser Arbeit bereits durchgeführt. Im fünften Schritt werden die gefundenen Ergebnisse in Zusammenarbeit mit einer Abteilung eines Spitals „implementiert“ und an die jeweilige Station „adaptiert“. Optimal für die Implementierung ist eine Neurorehabilitation. Die Aphasiker bleiben für eine geraume Zeit in dieser Institution. Pflegende dieser Station kommen also regelmässig mit Aphasikern in Kontakt und haben aufgrund der Aufenthaltsdauer Zeit, ein längerfristiges Ziel anzustreben. Als erstes muss im Team in Erfahrung gebracht werden, wie sie mit Aphasikern umgehen. Möglicherweise wenden sie ja einige in dieser Arbeit herauskristalisierte Richtlinien bereits an. Anschliessend wird eine Weiterbildung durchgeführt, bei der an das Wissen der Pflegenden angeknüpft wird und ihnen aktuelle Ergebnisse und somit Richtlinien vorgestellt werden. Die vorliegende systematische Literaturübersicht bietet hierzu die nötigen Grundlagen. Sie zeigt die kontextbezogenen Auswirkungen auf wie die Veränderungen in der Lebensgestaltung und auf das Familiensystem. Sie erläutert die soziale Problematik, dass der Aphasiker schlagartig sozial isoliert ist durch seine Sprachprobleme und zeigt die psychologischen Auswirkungen auf, welche aus der Gesamtsituation resultieren, wie das auftreten einer Depression oder das Infragestellen des Selbstkonzeptes des Aphasikers, der abrupte Verlust von Lebensqualität und das Durchleben einer Krise. Die Arbeit gibt Aufschluss darüber, was für Therapien zurzeit existieren und dem Aphasiker und deren Betroffenen angeboten werden können. Für den Ausbau der Fort- oder Weiterbildung müssen jedoch noch einige Schwerpunkte ausgearbeitet werden. Wichtig wäre eine Wiederholung der Physiopathologie um gut zu verstehen wie eine Aphasie ausgelöst wird und welche Regionen die spezifischen Probleme auslösen. Ein weiterer Punkt in der Weiterbildung ist das Calgary-Modell. Dieses Modell konzentriert sich auf die familienzentrierte Pflege. Dies ist bei einer frisch diagnostizierten Aphasie ein sehr hilfreiches Modell, weil die Aphasie nicht nur den Betroffenen selbst aus dem Leben wirft, sondern mit ihm auch seine Familie.

Nach der Durchführung der Fort- oder Weiterbildung und Implementierung der Richtlinien, müssen die angewandten Interventionen nach einer gewissen Zeit „evaluiert“ werden, um deren Effektivität zu messen (Schaffer et al., 2006). Anhand von Fragebögen oder Interviews werden die Resultate

gesammelt und anschliessend ausgewertet. Haben die Richtlinien einen festen Platz im Pflegealltag gefunden und die Pflegenden dokumentieren positive Erlebnisse damit, wird die Weiterbildung im gleichen Masse auf anderen Stationen implementiert. Falls die Rückmeldungen negativ sind, die Richtlinien schwierig implementierbar in die Pflegepraxis sind oder keine positiven Resultate von den Pflegenden dokumentiert werden, muss eine erneute Literaturrecherche durchgeführt werden um die relevanten Wissenslücken zu füllen und die Weiterbildung, sowie die Richtlinien anzupassen.

7.4. Empfehlungen für weiterführende Forschungen

Es existieren keine neueren Angaben darüber, ob sich die Pflegenden auch im 2010 noch immer überfordert fühlen mit der Pflege von Aphasikern, oder ob sich auf diesem Gebiet etwas geändert hat. Es wäre ausserdem interessant zu wissen wie kompetent Aphasiker und deren Angehörige in der Schweiz betreut werden. Eine kompetente Betreuung beinhaltet das fachliche Wissen über das Krankheitsereignis „Aphasie“. Aufgrund dieses Wissens können Zusammenhänge verstanden werden. Der Betreuende kann zum Beispiel aufgrund seines Wissens über die Physiopathologie den Zusammenhang verstehen, welche zwischen der Aphasie und einer auftretenden Depression besteht. Eine kompetente Betreuung fordert auch das Beherrschen von technischen Interventionen und dass der Betreuende von seinen Fähigkeiten überzeugt ist. So kann der Betreuende den Aphasiker individuell abgestimmt auf seine Bedürfnisse therapieren und auch den Angehörigen eine adäquate Begleitung bieten.

Ausgehend von dieser Definition, wäre es interessant zu wissen, inwiefern sich die Aphasiker von den Fachkräften unterstützt fühlen, eine für den Betroffenen angemessene Lebensqualität zurück zu gewinnen.

Allgemein ist es nötig, dass über die neu aufkommenden Interventionen und Therapien weitere Forschungen betrieben werden. Zurzeit existieren noch ungenügend Resultate um von einer wissenschaftlich gestützten „Aphasietherapie“ zu sprechen. Bei jedem neuen Fall wird die Therapie ganz neu definiert. Es gibt zwar Anhaltspunkte, aber keine der untersuchten Therapien ist mit grosser Evidenz Erfolg versprechend. So ist es bei jedem neu auftretenden Fall immer ein ausprobieren und abwägen der verschiedenen Interventionen.

8. Lernprozess

8.1. Thematik

Die Autorin wurde sich durch die Arbeit bewusst, dass die Begleitung eines Patienten mit Aphasie nicht nur eine einfühlsame und psychologisch aufmerksame Pflege benötigt um die neue Situation zu meistern, sondern dass die Problematik noch sehr viel weiter geht. Es reicht nicht nur Geduld aufzubringen, ihnen zuzuhören. Hier fängt die Begleitung erst an. Es liegt nicht im Aufgabenbereich der Pflegenden jegliche familiäre, finanzielle oder allgemein soziale Probleme zu klären, aber Pflegende können ihnen professionelle Hilfe vermitteln und ihnen helfen sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Die Autorin findet, dass dies eine kompetente Pflegefachfrau ausmacht. Durch die Arbeit konnte sich die Autorin diese Kompetenz aneignen und ist dementsprechend stolz.

Die Autorin war bei der Lektüre der 1999 publizierten Literaturübersicht von Doris Tacke (2006) überrascht. Die aufgelisteten „Verhaltensregeln“ wie zum Beispiel aufmerksames Zuhören wenn das Gegenüber etwas erzählt, sind vollkommen korrekt. Persönlich wäre es ihr jedoch nicht in den Sinn gekommen diese schriftlich festzuhalten, weil viele dieser Interventionen nicht nur im pflegerischen Alltag, sondern auch in jeglichen anderen sozialen Kontakten selbstverständlich sein sollten.

Gewissermassen hat diese Arbeit der Autorin deshalb auch die aktuellen Werte der Gesellschaft aufgezeigt. Sie hat das Gefühl, dass die Menschen in den Industrieländern eine egoistische Lebenseinstellung pflegen. Dies fällt vor allem im Vergleich mit anderen Ländern auf, in denen Familie und Freunde vor den beruflichen Erfolg gestellt werden und Nächstenliebe eine ganz andere Definition erhält. Einerseits hat sie dieses Bewusstwerden enttäuscht, andererseits angespornt, noch mehr darauf zu achten diese Werte selbst einzuhalten und sich zu bemühen diese auch weiterzugeben.

8.2. Forschungsprozess

Als die Autorin mit der Ausbildung begann war der Begriff „Forschung“ für sie ein abstrakter Begriff. Während den ersten Ausbildungsjahren wurde sie damit bekannt gemacht. Sie konnte den Begriff nun definieren, kannte verschiedene Designs, doch sie und die Forschung? Da gab es keine Verbindung. Glücklicherweise wurde die Autorin durch die Ausbildungsvorgaben dazu gezwungen sich näher damit auseinander zu setzen. Sie hatte anfangs grosse Mühe. Sie wusste nicht wo

anzufangen und fühlte sich etwas verloren. Sie hatte ausserdem Mühe einen Sinn hinter dieser Arbeit zu finden. Heute ist die Autorin froh diesem Druck ausgesetzt gewesen zu sein. Sie hat sehr viel dazu gelernt. Sie kann nun den gesamten Forschungsprozess nachvollziehen. Ausserdem weiss sie jetzt wie sie auf den elektronischen Datenbanken suchen muss. Am Anfang benötigte sie Stunden um auf einen einigermaßen passablen Artikel zu stossen, gegen Ende der Arbeit beherrschte sie die Suche jedoch viel besser und kam relativ schnell zu dem was sie benötigte.

Das Erstellen einer Literaturübersicht war wichtig, weil von der Pflege immer mehr ein Evidenznachweis gefordert wird.

Bei der nächsten Verfassung einer Literaturübersicht, wird die Autorin sicher anders an die Sache ran gehen. Der ganze Arbeitsablauf würde optimaler von statten gehen, da die Autorin wüste auf was sie achten muss.

Die Autorin hat sich in dieser Arbeit nicht nur fachlich, sondern auch persönlich stark weitergebildet. Die Arbeit wurde im Rahmen des Bachelor of science an der Hochschule in Freiburg verfasst und wird im wissenschaftlichen Umfeld nicht die gleiche Aufmerksamkeit bekommen, wie die Studie eines bekannten Autoren. Das ist zwar schade, was für die Autorin jedoch zählt, ist die persönliche Entwicklung und Förderung der Kompetenzen. Was sie daraus macht, liegt in ihrer Hand. Sicher ist, dass sie sich in der direkten Arbeitsumgebung dafür einsetzen wird, für den Standort angepasste Richtlinien einzuführen und möglicherweise sich später in diesem Gebiet zu spezialisieren.

Die vorliegende Literaturübersicht kann sicher nicht mit einer „professionell“ verfassten Studie verglichen werden. Der Begriff erklärt die Tatsache. Der Begriff der Profession beinhaltet, dass eine Tätigkeit durch regelmässige Durchführung optimiert und damit die Qualität automatisch verbessert wird. Die vorliegende Literaturübersicht ist die wissenschaftliche Debütarbeit der Autorin und weist sicherlich einige qualitative Mängel auf. Dennoch ist die Autorin unglaublich stolz auf ihr Werk, weil sie sich eine solche wissenschaftliche Arbeit nicht zutraute. Sie schien für sie ein schier unüberwindbares Hindernis darzustellen für das Beenden der Ausbildung.

9. Literaturverzeichnis

- Aftonomos, L.B., Appelbaum, J.S. & Stelle, R.D. (1999). Improving outcomes for persons with aphasia in advanced community-based treatment programs. *Stroke. Journal of the American heart association*. 30 (7), 1370-1379.
- American stroke association. (2006). Constraint-Induced Language Therapy for Aphasia. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.strokeassociation.org/presenter.jhtml?identifier=3037577> [Zugriff am 27.6.2010].
- Andersson, S. & Fridlund, B. (2002). The aphasic person's views of the encounter with other people: a grounded theory analysis. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 9 (3), 285-292.
- Behrens, J. & Langer, G. (2004). *Evidence-based Nursing*. Bern: Huber.
- Bertelsmann Lexikon. (1996). Stuttgart: Verlagshaus Stuttgart.
- Bhogal, S.K., Teasell, R., Speechley, M. (2003). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke. Journal of the American heart association*. (34), 987-993.
- Böcker, W., Denk, H., Heitz, U. & Moch, H. (2008). *Pathologie*. (4. Aufl.). München: elsevier Urban & Fischer
- Bühlmann, J. (2000). Beeinträchtigung der verbalen Kommunikation durch Sprach- oder Stimmstörungen. In Käppeli (Hrsg.), *Pflegekonzepte – Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld*, Band 3 (S. 99-124). Bern: Verlag Hans Huber.
- Cherney, L.R., Halper, A.S., Holland, A.L. & Cole, R. (2008). Computerized script training for aphasia: Preliminary results. *American journal of speech-language pathology*. 17 (1), 19-34.

- Cherney, L.R., Patterson, J.P., Raymer, A., Frymark, T. & Schooling, T.(2008). Evidence-based systematic review effects of intensity of treatment and constraint-induced language therapy for individuals with stroke induced aphasia. *Journal of speech, language and hearing research*. 51 (5), 1282-1299.
- Cook, B. & Phillips, S.G. (1995). *Verlust und Trauer. Bedeutung-Umgang-Bewältigung*. Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- Egger, T. (2007). *Spitex-Umfeld-, Markt- und Konkurrenzanalyse*. Bern: Spitex-Verband Schweiz.
- Elman, R.J. & Bernstein-Ellis, E. (1999). The efficacy of group communication treatment in adults with chronic aphasia. *Journal of speech, language and hearing research*. 42 (2), 411-419.
- Engelter, S., Gostynki, M., Papa, S., Frei, M., Born, C., Ajdacic-Gross, V. & Lyrer P. (2004). Prevalence and severity of aphasia due to first ischemic stroke: a prospective population based study. *European stroke conference*. Mannheim Heidelberg.
- Engelter, S., Gostynski, M., Papa, S., Frei, M., Born, C., Ajdacic-Gross, V., Gutzwiler, F. & Lyrer, P.A. (2006). Stroke. Epidemiology of Aphasia Attributable to First Ischemic Stroke: Incidence, Severity, Fluency, Etiology and Thrombolysis. *American Stroke Association*. 37 (6), 1379-1384
- Gordon, C., Ellis-Hill, C. & Ashburn, A.. (2009). The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. *Journal of advanced nursing*. 65(3), 544-553.
- Gran, M.M & Rivera, L.M. (2001). Entwicklung von Lebensqualität in der Onkologie und onkologischen Pflege. In Hinds, P.S. (Hrsg.), *Lebensqualität. Pflege- und Patientenperspektiven. Theorie. Forschung. Praxis*. (S.29-53). Bern: Verlag Hans Huber.
- Greener, J., Enderby, P. & Whurr, R. (2001). Pharmacological treatment for aphasia following stroke. *Cochrane database of systematic reviews*. Issue 4

- Greener, J., Enderby, P. & Whurr, R. (2008). Speech and language therapy for aphasia following stroke. Cochrane database of systematic reviews. Issue 4
- Käppeli, S. (2000). Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Band 3. Bern: Verlag Hans Huber
- Kast, V. (2000). Lebenskrisen werden Lebenschancen. Wendepunkte des Lebens aktiv gestalten. Freiburg. Herder.
- Krappmann, L. (2000). Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kulbe, A. (2008). Sterbebegleitung. Hilfen zur Pflege sterbender. München: Urban und Fischer.
- Larsson, I. & Thoren-Johnson, A.L. (2007). The Swedish speech interpretation service: An exploratory study of a new communication support provided to people with aphasia. Augmentative and alternative communication. 23 (4), 312-322.
- Lutz, L. (1992). Das Schweigen verstehen. Über Aphasie. Berlin: Springer.
- Mayer, H. (2007). Pflegeforschung anwenden – Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung (2. Aufl.). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Meinzer, M., Streiftau, S. & Rockstroh, B. (2007). Intensive language training in the rehabilitation of chronic aphasia: efficient training by laypersons. Journal of international neuropsychological society. 13 (5), 846-853.
- Mummendey, H.D. (1995). Psychologie der Selbstdarstellung.(2.Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Pschyrembel. (2004). Klinisches Wörterbuch. (260.Auflage). Berlin Walter de Gruyter.

- Schaffer, S., Stolle, C. & Grossmann, K. (2006). Evidence-based Nursing (EBN) im Überblick: Forschung und Praxis verbinden. *Pflege*, 59, 702-705.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer [SBK]. (2004). *Pflegende und Forschung: Ethische Grundsätze*. Bern: SBK.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer [SBK]. (2006). *NURSING data* [Website]. Verfügbar unter: http://www.sbk-asi.ch/nursingdata/de/dokumente/grobkonzept_juni06.pdf [Zugriff am 28.5.2010].
- Simmons-Mackie, N & Damico, J.S. (2008). Exposed and embedded corrections in aphasia therapy: issues of voice and identity. *International Journal of language and communication disorders*. 43(1):5-17.
- Small, S.L. (2004). A biological model of aphasia rehabilitation: Pharmacological perspectives. *Aphasiology*. (18), 473-492.
- Sundin, K., Jansson, L. & Norberg, A. (2000). Communication with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. *Journal of clinical nursing*. 9 (4), 481-488.
- Sundin, K. & Jansson, L. (2003). Understanding and being understood as a creative caring phenomenon-in care of patient with stroke and aphasia. *Journal of clinical nursing*, 12 (1), 107-116.
- Tacke, D. (2006). *Schlagartig abgeschnitten. Aphasie: Verlust und Wiedererlangen der Kontrolle*. Bern: Hans Huber.
- Tesak, J. (2002). *Aphasie. Sprachstörung nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma. Ein Ratgeber für Angehörige*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

University of Westminster. (2006). A hierarchy of evidence?. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.wmin.ac.uk/sls/page-484>. [Zugriff am 14.05.10].

Universitätsklinikum Halle - Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=351> [Zugriff am 27.5.2010].

World Health Organisation [WHO]. Dilling, H. (Hrsg.). Mombour, W., Schmidt, M.(1992).Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien. Bern: Hans Huber.

World Health Organisation [WHO]. (1993). WHO-QOL Study protocol: The development of the World health organization quality of life assessment instrument. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.wmin.ac.uk/sls/page-484>. [Zugriff am 28.05.10].

Zeller-Forster, F. (1998). Krise. In Käppeli (Hrsg.), Pflegekonzepte – Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld, Band 1 (S. 45-64). Bern: Verlag Hans Huber.

10. Anhang

10.1. Anhang A: Begriffsdefinition Depression ICD-10 (WHO, 1992)

Mittelgradige depressive Episode F32.1

Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit

Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen

Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit

Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven

Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlung

Schlafstörungen

Verminderter Appetit.

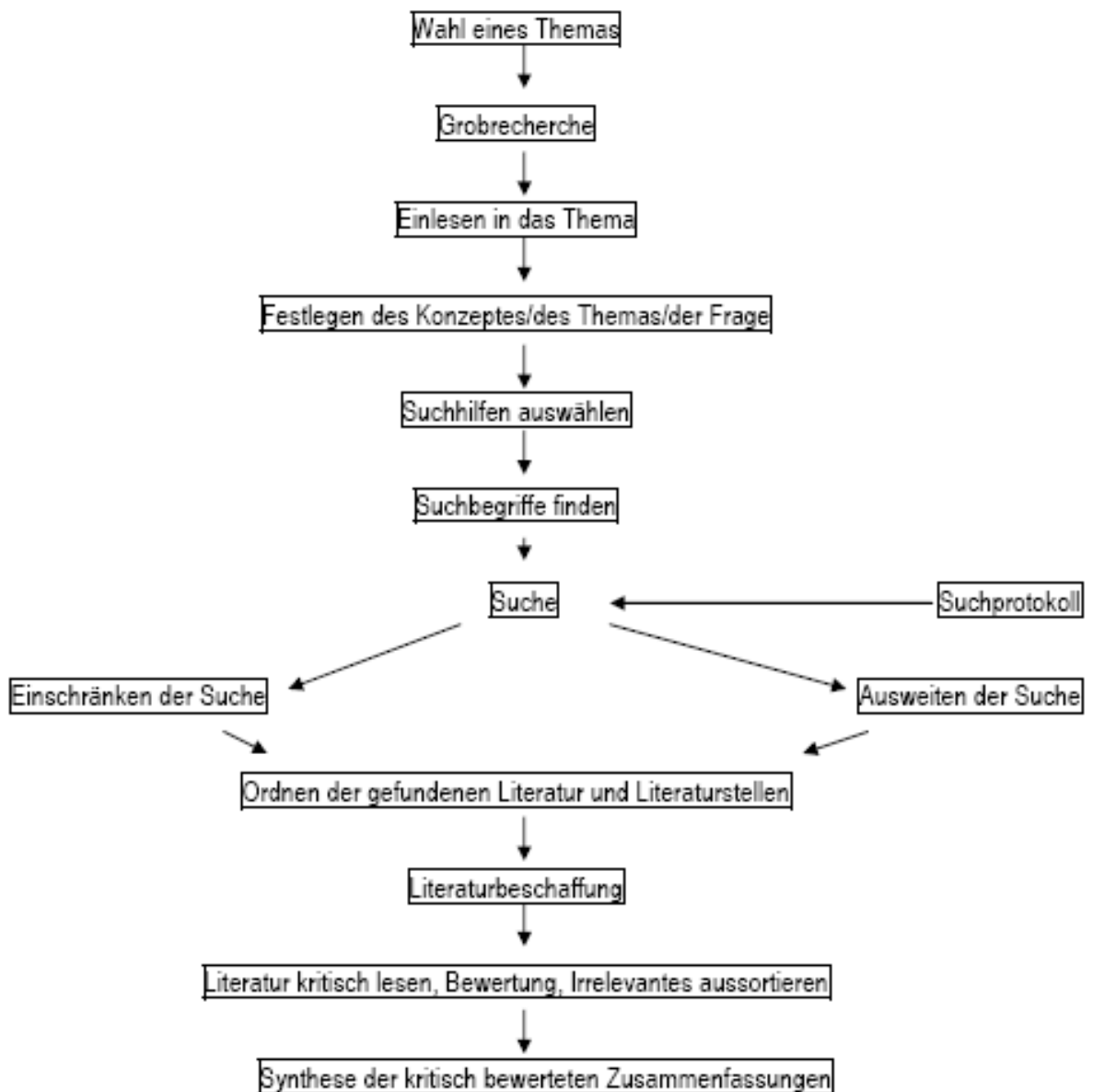
Mindestens zwei dieser Symptome müssen vorhanden sein. Einige Symptome sind in ihrem Schweregrad besonders ausgeprägt, oder es ist durchgehend ein besonders weites Spektrum von Symptomen vorhanden. Die Mindestdauer für die gesamte Episode beträgt etwa 2 Wochen.

Ein Patient mit einer mittelgradigen depressiven Episode kann nur unter erheblichen Schwierigkeiten soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortsetzen.

Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome F32.2

In einer schweren depressiven Episode zeigt der Patient meist erhebliche Verzweiflung und Agitiertheit, es sei denn, Hemmung ist ein führendes Symptom. Verlust des Selbstwertgefühls, Gefühle von Nutzlosigkeit oder Schuld sind meist vorherrschend, in besonders schweren Fällen besteht ein hohes Suizidrisiko. Es wird vorausgesetzt, dass das somatische Syndrom bei schweren depressiven Episoden praktisch immer vorhanden ist

10.2. Anhang B: Der Forschungsprozess im Überblick



10.3. Anhang C: Auswahl und Anzahl der gefundenen Literatur

Pubmed

Suchbegriff	Treffer	Integrierte Studie
Aphasia and care	36	Aftonomos, L.B., Appelbaum, J.S. & Stelle, R.D. (1999). Improving outcomes for persons with aphasia in advanced community-based treatment programs.
		Elman, R.J. & Bernstein-Ellis, E. (1999). The efficacy of group communication treatment in adults with chronic aphasia. <i>Journal of speech, language and hearing research</i> .
		Larsson, I. & Thoren-Johnson, A.L. (2007). The Swedish speech interpretation service: An exploratory study of a new communication support provided to people with aphasia.
		Meinzer, M., Streiftau, S. & Rockstroh, B. (2007). Intensive language training in the rehabilitation of chronic aphasia: efficient training by laypersons.
Aphasia and nurse	9	Sundin, K., Jansson, L. & Norberg, A. (2000). Communication with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words.
		Sundin, K. & Jansson, L. (2003). Understanding and being understood as a creative caring phenomenon-in care of patient with stroke and aphasia.
Aphasic	109	Andersson, S. & Fridlund, B. (2002). The aphasic person's views of the encounter with other people: a grounded theory analysis.
Communication disability	4	Gordon, C., Ellis-Hill, C. & Ashburn, A.. (2009). The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke.

CSA

Suchbegriff	Treffer	Integrierte Studie
Aphasia Therapy	14	Simmons-Mackie, N & Damico, J.S. (2008). Exposed and embedded corrections in aphasia therapy: issues of voice and identity.
		Bhogal, S.K., Teasell, R., Speechley, M. (2003). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery.
Aphasia and Therapy	277	Cherney, L.R., Halper, A.S., Holland, A.L. & Cole, R. (2008). Computerized script training for aphasia: Preliminary results.
		Cherney, L.R., Patterson, J.P., Raymer, A., Frymark, T. & Schooling, T. (2008). Evidence-based systematic review effects of intensity of treatment and constraint-induced language therapy for individuals with stroke induced aphasia.
		Greener, J., Enderby, P. & Whurr, R. (2001). Pharmacological treatment for aphasia following stroke.
		Greener, J., Enderby, P. & Whurr, R. (2008). Speech and language therapy for aphasia following stroke.

Related Articles, Informaworld

Suchbegriff	Treffer	Integrierte Studie
Aphasia Therapy	233	Small, S.L. (2004). A biological model of aphasia rehabilitation: Pharmacological perspectives.

10.4. Anhang D: Hierarchie der Forschungsevidenz

1.	A	Systematische Literaturübersichten/Metaanalysen
	B	Randomisiert kontrollierte Experimente (RCT's)
	C	Experimente
2.	A	Kohortenstudien
	B	Fallkontrollstudien
3.	A	Expertenmeinungen
	B	Beobachtungsstudie
	C	Andere Studientypen, z.B. Interviews
	D	Quasi-Experimente, qualitative Studien

(University of Westminster [UWM], 2006).

10.5. Anhang E: Überblick der ausgewählten Studien

Autor & Jahr	Titel	Design	Datenquelle	Erscheinungsland	Bewertung	Forschungs-evidenz
Aftonomos, L.B., Appelbaum, J.S. & Stelle, R.D. (1999).	<i>Improving outcomes for persons with aphasia in advanced community-based treatment programs.</i>	Interventionsstudie	Aphasiepatienten (n=60)	USA	4.75	3D
Andersson S. & Fridlund B. (2002).	<i>The aphasic person's views of the encounter with other people: a grounded theory analysis.</i>	Qualitative Studie	Aphasiepatienten (n =12)	Schweden	5,0	3D
Bhagal, S.K., Teasell, R., Speechley, M. (2003).	<i>Intensity of aphasia therapy, impact on recovery</i>	Literaturübersicht	10 Studien (n=864)	Kanada	5,0	1A
Cherney, L.R., Halper, A.S., Holland, A.L. & Cole, R. (2008).	<i>Computerized script training for aphasia: Preliminary results</i>	Interventionsstudie	Aphasiepatienten (n=3)	USA	4,75	3D
Cherney, L.R., Patterson, J.P., Raymer, A., Frymark, T. & Schooling, T. (2008).	<i>Evidence-based systematic review effects of intensity of treatment and constraint-induced language therapy for individuals with stroke induced aphasia.</i>	Literaturübersicht	10 Studien (n=141)	USA	5,5	1A
Elman, R.J. & Bernstein-Ellis, E. (1999).	<i>The efficacy of group communication treatment in adults with chronic aphasia.</i>	Interventionsstudie	Aphasiepatienten (n=24)	USA	6,0	1B

Gordon C., Ellis-Hill C., Ashburn A. (2008).	<i>The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke</i>	Qualitative Studie	Aphasiepatienten (n=5) Pfleger (n=14)	Neuseeland	5,0	3D
Greener, J., Enderby, P. & Whurr, R. (2001).	<i>Pharmacological treatment for aphasia following stroke.</i>	Literaturübersicht	10 Studien (n=1355)	Schottland	5,0	1A
Greener, J., Enderby, P. & Whurr, R. (2008).	<i>Speech and language therapy for aphasia following stroke</i>	Literaturübersicht	12 Studien (n=1147)	Schottland	6,0	1A
Larsson, I. & Thoren-Johnson, A.L. (2007).	<i>The Swedish speech interpretation service: An exploratory study of a new communication support provided to people with aphasia.</i>	Qualitative Studie	Aphasiepatienten (n=12)	Schweden	5,0	3D
Meinzer, M., Streiffau, S. & Rockstroh, B. (2007).	<i>Intensive language training in the rehabilitation of chronic aphasia: efficient training by laypersons.</i>	Interventionsstudie	Aphasiepatienten (n=23) Sprachtherapeuten (n=10) Angehörige (n=10)	Deutschland	6,0	1B
Simmons-Mackie, N & Damico, J.S. (2008).	<i>Exposed and embedded corrections in aphasia therapy: issues of voice and identity.</i>	Qualitative Studie	Aphasiepatienten (n=23)	USA	5,0	3D
Small, S.L. (2004).	<i>A biological model of aphasia rehabilitation: Pharmacological perspectives.</i>	Literaturübersicht	22 Studien Aphasiepatienten (n=1324)	USA	4,25	1A

Sundin K., Jansson L., Norberg A. (2000).	Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words.	Qualitative Studie	Aphasiepatienten (n = 5) Pfleger (n=10)	Schweden	5,25	3D
Sundin K. & Jansson L. (2003).	Understanding and being understood as a creative caring phenomenon-in care of patient with stroke and aphasia.	Qualitative Studie	Aphasiker (n=3) Pfleger (n=5)	Schweden	5,5	3D

10.6. Anhang F: Beurteilungsskalen von Behrens & Langer

(2010, in Universitätsklinikum Halle, 2010)

10.6.1. Beurteilung einer qualitativen Studie

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

...

Forschungsfrage:

...

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?

z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?

Wie erfolgte die Auswahl?

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?

Auch die Perspektive des Forschers?

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?

Methode der Datensammlung?

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?

Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?

Wenn nein: warum nicht?

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias Vermeidung):

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

10.6.2. Beurteilung einer Interventionsstudie

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle:
...
Forschungsfrage: ...
...

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?

Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?

Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Followup >80%?

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?

Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?

Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?

Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?

Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?

7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?

Power?

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?

z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?

pWert?

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Konfidenzintervalle?

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i>
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<i>Nebenwirkungen? Compliance?</i>
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<i>Kostenanalyse?</i>
Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias Vermeidung):	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6
http://www.medicin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=351	V1.5
	aus: Behrens, J., & Langer, G. (2004): Evidencebased Nursing. Hans Huber: Bern.

10.6.3. Beurteilung einer systematischen Übersichtsarbeit oder MetaAnalyse

Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder MetaAnalyse

Quelle:

.....

Forschungsfrage:

.....

Glaubwürdigkeit

1. Wurde eine präzise lung untersucht?	Fragestel	<i>Klar formuliert? Genug eingegrenzt? Bereits im Titel genannt?</i>
2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?		<i>Welche Kriterien? Welche Studiendesigns?</i>
3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?		<i>Welche Datenbanken wurden genutzt? Handsuche? Befragung von Experten? Welcher Zeitraum?</i>
4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?		<i>Welche Kriterien: Randomisierung, Verblindung, Followup?</i>
5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?		<i>Quellen angegeben?</i>
6. Stimmten die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?		<i>Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung?</i>
7. Waren die Studien ähnlich?		<i>Patienten, Intervention, Ergebnismaß, Studiendesign? Heterogenitätstest?</i>

Aussagekraft

8. Was sind die Ergebnisse?

Odds ratio? Relatives Risiko? MittelwertDifferenz?

9. Wie präzise sind die
Ergebnisse?

Konfidenzintervalle? Studien gewichtet?

Anwendbarkeit

10. Sind die Ergebnisse auf
meine Patienten übertragbar?

ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?

11. Wurden alle für mich
wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Nebenwirkungen? Compliance?

12. Ist der Nutzen die möglichen
Risiken und Kosten wert?

Kostenanalyse? NumberNeededToTreat?

Benotung der Glaubwürdigkeit (BiasVermeidung):

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

<http://www.medicin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=351>

V1.3

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2004): Evidencebased Nursing. Hans Huber: Bern.

10.7. Anhang G: Punkteverteilung der drei Bewertungsskalen

Systematische Literaturübersicht

Punktzahl	Note	Wissenschaftliche Qualität
11-12	5,5-6	Sehr gut
9,5-10,5	4,75-5,25	Gut
8-9	4-4,5	Befriedigend
<8	<4	Ungenügend

Interventionsstudie

Punktzahl	Note	Wissenschaftliche Qualität
13-14	5,5-6	Sehr gut
11-12,5	4,75-5,25	Gut
9,5-10,5	4-4,5	Befriedigend
<9,5	<4	Ungenügend

Qualitative Studie

Punktzahl	Note	Wissenschaftliche Qualität
11-12	5,5-6	Sehr gut
9,5-10,5	4,75-5,25	Gut
8-9	4-4,5	Befriedigend
<8	<4	Ungenügend

10.8. Anhang H: Beurteilung der Studien

Aftonomos LB., Appelbaum JS. & Stelle RD. (1999). Improving outcomes for persons with aphasia in advanced community-based treatment programs. Stroke. Journal of the American heart association, 30, 1370-1379.
Ziel: To investigate outcomes in advanced community based treatment programs
Design: Interventionsstudie
Land: USA
<p>Methode: The 2 community-based treatment programs participating in this study are located in different parts of the country and provide speech-language therapy services to adults for reimbursement. Programs are distinguished by the presence of several key components, including an extensive and detailed patient care algorithm, an online database that captures, holds and reports patient demographic, diagnostic, assessment, treatment, and response-to-treatment data. Third, a proprietary treatment providing access to among other things an extensive toolbox of specially designed interactive multimodal materials for use with and by patients and a formal training program for the speech-language pathologists who must competently draw on and integrate use of the preceding 3 components.</p> <p>To qualify for inclusion in this study, subjects had to meet 3 criteria: 1. Assignment to 1 of 8 aphasia diagnostic categories through administration of the western aphasia battery (WAB) 2. Completion of at least 1 month of therapy in the community-based program and 3. Receipt before and after treatment of the language subtests from the WAB.</p> <p>Patients participated in therapy with their treating clinicians in individual, hour-long sessions. The overall mean number of treatment sessions per patient was 41.7. At home, patients ate to complete the prescribed clinical exercise, and additionally they may pursue materials of their own choosing, explore semantic domains to review lexical items within, or find other activities that engage their interest. Analysis has shown that patients typically engage in such self-directed activities approximately 2 hours per day. Patients were discharged from treatment when any of the following occurred: 1. Progress in functional communication reached a plateau as determined by the clinician. 2 funding became unavailable for continued therapy or 3 intercurrent medical or other problems required discharge.</p> <p>Treatment procedures specify administration of the WAB and more recently, the communicative effectiveness Index (CETI) to persons with aphasia at start of care and at discharge. The WAB in addition to assessing speech-language impairment overall, assigns patients to 1 of 8 aphasia diagnostic categories and also provides an overall quantitative metric of aphasiac severity. CETI provides ratings of functional performance of patients in important communicative activities of everyday life, as assessed by persons with opportunities for observing them frequently in relevant situations. The CETI consists of a 16 visual analogue scale items assessing areas of functional communication in the patient's living environment. It is designed to be administered by caretakers and has been shown to be sensitive to change in communication behaviours.</p>
<p>Ergebnisse: For the WAB language subtest absolute percent mean was in spontaneous speech +12% auditory verbal comprehensions +6, 8% repetition +6, 6% naming +8, 7% reading +7, 4% writing +8, 8% and AQ 9, 1%. For the functional communication items from the CETI absolute percent improvement overall was +19, 8% Mean AQ improvement showed no significant difference between acute and chronic aphasia. The CETI improvement showed no significant difference between acute and chronic aphasia neither.</p> <p>Patients at start of care with Broca's aphasia showed a mean improvements of AQ of +13,9 points, anomic aphasia +5,8, global aphasia +6,2, wrinkle's aphasia +3,6, conduction aphasia +16, transcortical 13,1 points.</p>
<p>Conclusion: Measures of both language impairment and functional communication can be broadly, positively and significantly influenced by therapy services that are delivered to persons with aphasia in these community-based programs. The significant improvements are shown to be available to individuals with chronic as well as acute aphasia and independent of diagnostic type of aphasia, impairment severity at start of care, or geographic program location.</p> <p>The authors believed it important to investigate the effects of a community-based aphasia treatment program that provided therapy of known intensity using a structured and consistent therapeutic model and standardized measurement tools, thus diminishing effects attributable to varying treatment criteria, therapeutic approaches and evaluation methods. Persons with global aphasia gave the poorest prognosis, while anomic, transcortical and conduction aphasics gave the best. Patients emerge from these treatment programs with improvements spread relatively</p>

even-handedly and equably across the diagnostic spectrum rather than concentrated in particular diagnostic categories. Almost all patients improve somewhat with the least impaired patients within categories more advantageously poised to derive additional benefits. Upward paths broadly recapitulate, diagnostically, natural courses of recovery. Persons with global aphasia in our sample, who improved all evolved to Broca's aphasia. Persons with Broca's aphasia evolved either conduction or transcortical aphasia, transcortical to anomic and when such evolution took place, persons with anomic aphasia at start of care performed within normal limits after treatment.

Patient sample bias, incomplete test administration and choice of test instruments are potential sources of error in these results. Results are viewed through a specific set of test instruments. We elected to use one language measure exclusively, the WAB in the interest of consistency and comparability.

A large majority of patients treated in these specially equipped community based aphasia treatment programs showed significant improvements in both language impairment and communicative function, regardless of time after onset, severity at start of care or type of aphasia.

Community-based treatment has competitive costs through replicable programs.

Aftonomos LB., Appelbaum JS. & Steele RD. (1999). Improving outcomes for persons with aphasia in advanced community-based treatment programs.

Glaubwürdigkeit (8) -F1, -F2, -F3	5
Aussagekraft (3)	3
Anwendbarkeit (3)	3
Total Punkte (14)	11
Note	4,75

<p>Andersson S. & Fridlund B. (2002). The aphasic person's views of the encounter with other people: a grounded theory analysis. Journal of psychiatric and mental health nursing 9, 285-292.</p>
<p>Ziel: The aim of the study was to generate a theoretical model, from a nursing perspective, of what aphasic persons experience in encounters with other people.</p>
<p>Design: A qualitative descriptive design as it is acknowledged as a suitable way to study human experiences. Grounded theory developed by Glaser & Strauss 1967</p>
<p>Land: Schweden</p>
<p>Methode: The informants were 7 men and 5 women, aged 28-92 living in Sweden. Data were collected through interviews carried out by the main author, a rehabilitation nurse with experience of caring for patients with brain injury and aphasia. Informants had been contacted by letter and telephone after the study had been ethically approved. The interviews were performed in the homes of the participants. They were tape recorded and subsequently transcribed verbatim. The interviews were guided by five open-ended questions. Data saturation was reached after nine interviews when no more substantial contribution to the model generated could be found. The process of coding was continuously going on inductively and deductively through control of codes and categories found amongst the data. The relationship between data and theory was analysed when moving back and forth between those two levels. Open, axial and selective coding was used alternately to find relations among categories. Substantive codes were identified. : "feeling of despair", feeling of failure" were categorized as a "feeling of dejection". Finally the two core categories "interaction" and "support" were selected. The speech difficulties influenced the interaction, even if it was experienced as secure, as the support given impaired the self esteem and resulted in a feeling of dejection.</p>
<p>Ergebnisse: The life of an aphasic person and their next-of-kin is changed in many ways after injury. The condition of aphasia results in social and psychological strains which affect their relationships, and they will therefore need help in different ways. Brain injuries also give rise to other disabilities, and the new life predicament often leads to depression. Depressed aphasic persons experience reduces self-esteem which may change their self-concept. Aphasia is a catastrophe that brings with it changes to personal, familiar and social life. Nursing staff need to have knowledge of those experiences from both the time of injury and in the future to be able to give the help needed to achieve an effective rehabilitation. There are five dimensions to the way people realize and manifest themselves: bio-physical, socio-cultural, emotional, intellectual and existential.</p> <p>Literature review shows that having aphasia involves the physical, psychological, social and spiritual-existential dimensions, thus it involves all parts of the being. Feelings of sadness, apathy and loneliness are fairly common in aphasic persons. Due to depression, self esteem may be reduced. Being unable to communicate effectively results in experiences of loss, which may show as a grieving process. The language loss can result in withdrawal and isolation. Brain injury and aphasia can also produce new ways of reacting, which may result in life changes for those around the injured person. The spiritual-existential aspects of life are changed, as the self of the individual is affected by the brain injury, resulting in great changes to life meanings. Language loss makes it hard to develop a new sense of self, as language is important in the establishment of the sense of who the person is.</p> <p>The subcategories of interaction were security and obstruction. Security provided positive support. People said nothing when the informant couldn't say what he wanted. Obstruction was lived with many people when they speak mixed up or when people fill in the reply. Support could be emotional in form of stimulation and encouragement, as well as material, such as wheelchairs, sticks and other aids. The quality of the support given influenced the self-esteem of the person receiving it. Material could give a feeling of having an ability or if the material was not sufficient a feeling of being an outsider. Emotional support could strengthen their self-esteem. The type of support could also lead the person to remain passive and then experience an impaired self-esteem.</p> <p>The people with aphasia supported each other by reading together and carrying out other exercises which strengthened their self-esteem. They felt safe and accepted in each other's company, which gave them a feeling of satisfaction, in turn increasing their ability. Sometimes a support system like ask permission to speak or to sing made them easier to take part in an interaction. An obstructed interaction could create a fear of being seen as drunk, as the informant's sometimes had an unsteady gate. The anxiety about appearing stupid further degraded their sense of impaired self-esteem, which negatively influenced motivation to take part in the interaction.</p>

Diskussion: A framework to promote reliability and validity which addressed applicability, concordance, security and accuracy was used in this study to ensure safety during data collection and analysis. The demand for applicability was satisfied by a qualitative approach. Employment of a grounded theory method was used to show the influence of aphasia on human beings and increase the understanding of such experiences. A limitation of this study was that the aphasic person's speech disabilities made it difficult to conduct interviews.

Conclusion: Nursing interventions should also include efforts to increase knowledge about aphasia in the aphasic person's social surroundings. This increases the possibility with the wider community to turn the obstructed interaction into a secure interaction. The strains of physical, socio-cultural and psychological effects make it necessary to co-ordinate treatment and to engage relatives and friends of the aphasia sufferer in this effort. Co-ordination is an important task for the nurses from the acute care in hospitals. During rehabilitation and when the aphasic person is transferred to community health care. An additional task for the nurse is to support the aphasic person in such a way as to enable them to handle an interaction, even when it is obstructed from the beginning. There is a need for nurses to provide information on how to handle new situations and the changes. Information should be offered to carers, relatives and friends. It is essential that nurses have the nursing skills required to facilitate person with aphasia to interact with others as effectively as possible.

Andersson, S. & Fridlund B. (2002). The aphasic person's views of the encounter with other people: a grounded theory analysis.

Glaubwürdigkeit (8) -F5	7
Aussagekraft (2) -F2	1
Anwendbarkeit (2)	2
Total Punkte (12)	10
Note	5,0

Bhogal SK., Teasell R., Speechley M. (1003). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. Stroke. 34, 987-993.
Ziel: the aim is to investigate the relationship between intensity of aphasia therapy and aphasia recovery.
Design: Literature review
Land: Kanada
<p>Methode: Intensity was recorded in terms of length of therapy, hours of therapy provided per week, and total hours of therapy provide.</p> <p>Literature search were included in the present analyses if the study compared conventional SLT with treatment of a comparative control group. Articles were limited to stroke survivors suffering from aphasia after stroke and studies that included patients with traumatic brain injury or any other disorders or illnesses were excluded. Studies that provided a drug and/ or/ placebo as an adjunct to therapy were also excluded from the present review. After each citation was identified an investigator reviewed the corresponding abstract to assess the suitability for inclusion. Total number of articles meeting the inclusion criteria was 10.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Data were collected pertaining to study methodology, identification of outcomes measures, results, and final conclusions. Data were typed into computer-generated form to avoid identifying the abstractor via handwriting. 2. A quality rating score was assigned. <p>An independent t-test was used to determine differences of mean scores and length of treatment.</p>
<p>Ergebnisse: Studies that demonstrated a significant treatment effect provided 8, 8 hours of therapy per week for 11, 2 weeks and a total of 98, 4 hours of therapy. The number of hours of therapy provided in a week was significantly correlated to greater improvement on the PICA and Token Test. Total number of hours of therapy was significantly correlated with greater improvement on the PICA and token test.</p> <p>8 studies provided finally the appropriate data to allow determination of the relationship between intensity of therapy provided and outcome. 4 studies yielded positive results and 4 yielded negative outcomes.</p> <p>In the positive studies, significantly more hours of therapy per week and significantly more total therapy hours in a significantly shorter period of time were provided as compared with the negative studies.</p> <p>The shorter the overall therapy period was, the more hours of therapy provided in a week. The more hours of therapy provided per week, the greater the total hours of therapy provided over the study's duration.</p> <p>Analyses revealed that the total length of therapy was significantly inversely correlated with mean change in PICA scores. The shorter the therapy periods, the grater the changes in PICA scores and Token test. The hours of therapy provided in a week was significantly correlated to greater improvement on the PICA and on the Token test.</p>
<p>Conclusion: Analyses revealed that more intensive therapies resulted in improved outcomes. Significant improvement in PICA and Token test scores was associated with more intensive therapy.</p> <p>The impact of the intensity of SLT on aphasia recovery still requires further study.</p>

Bhogal SK., Teasell R., Speechley M. (2003). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery.	
Glaubwürdigkeit (7)	7
Aussagekraft (2) (-F9)	1
Anwendbarkeit (3) (-F3)	2
Total Punkte (12)	10
Note	5,0

<p>Cherney LR, Halper AS., Holland AL., Cole R. (2008). Computerized script training for aphasia: Preliminary results. American journal of speech-language pathology. 17, 19-34.</p>
<p>Ziel: To investigate outcomes of specifically developed computer software for training conversational scripts.</p>
<p>Design: Intervention study</p>
<p>Land: USA</p>
<p>Methode: Three participants with chronic aphasia (Broca, Wernicke's and anomic= were assessed before and after 9 weeks of a computer script training program: For each participant, 3 individualized scripts were developed, recorded on the software, and practiced sequentially at home. Weekly meetings with the speech-language Pathologist occurred to monitor practice and assess progress. Baseline and post treatment scripts were audiotape, transcribed and compared to the target scripts for content, grammatical productivity, and rate of production of script-related words. Interviews with the person with aphasia and his or her significant other were concluded at the conclusion of treatment.</p> <p>It is important that innovative and cost- effective ways for individuals with aphasia are identified to continue to receive much needed but often unavailable help beyond the acute stage of this disability.</p> <p>Script training is a functional approach to aphasia therapy that can facilitate participation in personally relevant activities, thus making individuals with aphasia candidates for script training. This article presents a computer software program Aphasia Scripts that was developed specifically for script training. AphasiaScript is a software program using an animated agent that serves as a virtual therapist for script training for individuals with aphasia. Script practice has three phases: First, the client listens silently to the entire script, next, each sentence that is part of the client's entire conversation turn is practiced repeatedly and finally the entire conversation is practiced in turn taking with the virtual therapist. The sentence practice is a modified version of oral reading in which the person with aphasia repeatedly reads aloud sentences in unison with the therapist. In aphasia Scripts, the sentence appears on the screen while the virtual therapist reads the sentence aloud. Next, the client reads the sentence twice in unison with the virtual therapist. If there are any problems with specific words, these words can be practiced repeatedly by clicking on the word. Finally, the whole sentence is read aloud independently by the client. This response is recorded by the computer, and clients have the option to listen to the sentences they have uttered.</p> <p>Holland and colleagues in 2002 initially developed and tested a script training approach with 6 participants with aphasia using a multiple-baseline single-subject design.</p> <p>More recently Youmans et al. in 2005 used a multiple-baseline single subject design across behaviours to examine the effects of the script training approach with 2 persons with nonfluent aphasia.</p> <p>In this study data were collected from 3 individuals. The three participants had left hemisphere stroke and were at least 6 months post stroke, were right hand dominant, with no history of other premorbid neurological or psychiatric disorders. The participants all had completed at least 12th grade and were literate in English prior to their stroke.</p> <p>Participants 1, 2 and 3 practiced an average of 7,4hr, 5,8hr and 4,7hr per week, respectively over 9 weeks.</p> <p>All participants provided written informed consent.</p> <p>In weeks 1-5 were devoted to development and automation of personal scripts. First, a needs assessment is conducted with the client and his or her significant other to identify daily activities and associated conversational requirements.</p> <p>In week 6-15 baseline measures are taken for each script to measure stability. The client agrees to work on scripts at home for a minimum of 30min per day. The client makes weekly visits to the SLP, who observes the client practicing for 30min to ensure that practice has been proceeding correctly. The SLP also administers weekly language probes.</p>
<p>Ergebnisse: All measures improved for each participant. 2 participants gained more than 5 points on the aphasia quotient of the western aphasia battery; increased verbal communication, improvements in other modalities and situations, communication changes noticed by others, increased confidence, and satisfaction with the software.</p> <p>Baseline and post treatment scripts were audiotaped, transcribed and compared with the target scripts for content, grammatical productivity and rate. Pre-and post treatment scripts were scored by the first and second authors. 25% of the scripts were rescored independently by two additional trained raters to establish interrater reliability.</p> <p>At baseline participant one produced 6.9 script-related words per minute; she achieved a rate of</p>

50.6 script-related words per minute at the end of training on her final script. Although overall rate of speech for both participants 2 and 3 did not change, the number of script-related words increased, as did the rate of script-related words per minute. Exit interviews from participants were transcribed and analyzed by two independent reviewers for recurring themes. Five themes were identified as follows: increased verbal communication, improved communication skills evident in other modalities and situations, changes in communication noticed by others, increased confidence, and satisfaction with the computer program.

Diskussion: the results of this study provide quantitative data showing positive change in the content, grammatical productivity and rate of script production following training with AphasiaScripts. 2 of 3 participants made more than a 5-point gain on the aphasia quotient of the WAB. It is possible that the multimodal nature of the training that engaged auditory and reading comprehension as well as verbal production contributed to this positive language change. The individuals with aphasia commented on overall increased verbalizations. These improvements may be related to the increased confidence with communication that the participants and their family members reported resulting from practicing the scripts and achieving a degree of self-mastery on them. Because the scripts were individualized for the participants based on their particular communication needs, they were willing to practice these personally relevant scripts at their own pace. Additionally, they stated that they enjoyed supported stimulation without passing judgment. Computer software such as this could ease the burden on clinicians by administering some of the repetitive treatments tasks and monitoring patient responsiveness, thereby freeing the SLP for aspects of clinical practice that are more demanding and require more creativity.

Conclusion: Computer-based script training potentially may be an effective intervention for persons with chronic aphasia.

Cherney LR, Halper AS., Holland AL., Cole R. (2008). Computerized script training for aphasia.

Glaubwürdigkeit (8) (-F7)	7
Aussagekraft (3) (-F10) (-F11)	1
Anwendbarkeit (3)	3
Total Punkte (14)	11
Note	4,75

<p>Cherney LR, Patterson JP., Raymer A., Frymark T. & Schooling T. (2008). Evidence-based systematic review effects of intensity of treatment and constraint-induced language therapy for individuals with stroke induced aphasia. Journal of speech, language and hearing research, 51, 1282-1299.</p>
<p>Ziel: The aim was to examine the current state of the evidence that used one or both principles of CILT for individuals with stroke-induced aphasia.</p>
<p>Design: Evidence-based systematic review (EBSR)</p>
<p>Land: USA</p>
<p>Methode: CILT (constraint-induced language therapy) is a relatively new aphasia treatment from Pulvermuller in 2001. 2 principles of CILT need to be considered when interpreting the findings. First, forced use of verbal language. Nonverbal communication attempts such as gesturing, drawing, or writing are not allowed and are not considered as communication intents. Second, massed practice, involves a high-intensity treatment schedule consisting of 3-4hr of treatment per day for 2 weeks.</p> <p>10 clinical questions were identified by the authors for review.</p> <p>Each of the studies was independently reviewed and evaluated for methodological quality by 2 of 3 authors. Credit for study design varied by stage of research. The studies allowed the authors to address 7 of the 10 clinical questions. Questions 1,2,5,6,7,10 which are related to language impairment and communication activity/participation in individuals with chronic aphasia, and question 3, which is related to the effects of treatment intensity on measures of language impairment for individuals with acute aphasia. No study investigated CILT or intensive treatments effects for measures of communication activity/participation in acute aphasia.</p>
<p>Ergebnisse: In chronic aphasia, studies provided modest evidence for more intensive treatment and the positive effects of CILT. In acute aphasia, 1 study evaluated high intensity treatment and the positive effects of CILT.</p> <p><i>Question 1: for stroke-induced chronic aphasia, what is the influence of treatment intensity on measures of language impairment?</i></p> <p>The language impairment outcome measures favoured more intensive treatment for all language measures except one in participants with chronic aphasia.</p> <p><i>Question 2: For stroke induced chronic aphasia, what is the influence of treatment intensity on measures of communication activity/participation?</i></p> <p>Overall findings for outcome measures of communication activity /participation were mixed with some favouring less intensive treatment and others favouring more intensive treatment.</p> <p><i>Question 3: For stroke-induced acute aphasia, what is the influence of treatment intensity on measures of language impairment?</i></p> <p>All studies are favouring more intensive treatment.</p> <p><i>Question 5: For stroke-induced chronic aphasia, what treatment outcomes are maintained following intensive language treatment?</i></p> <p>Maintenance effects of treatment intensity were mixed in this study.</p> <p>CILT was examined in 5 studies.</p> <p><i>Question 6: For stroke-induced chronic aphasia what is the influence of constraint-induced language therapy on measures of language impairment?</i></p> <p>For language impairment measures, CILT consistently led to positive outcomes.</p> <p><i>Question 7: For stroke-induce chronic aphasia, what is the influence of constraint-induced language therapy on measures of communication activity/participation?</i></p> <p>CILT had positive outcomes for several measures of communication activity/participation, although some favours a comparison condition</p> <p><i>Question 10: For stroke-induces chronic aphasia, what treatment outcomes are maintained following constraint-induced language therapy?</i></p> <p>Effects of CILT on measures of language impairment and communication activity/participation were maintained at 6 month compared with baseline performance. Family members of the group receiving CIATplus with the modified home program reported further gains in communication effectiveness over the 6month-period.</p>
<p>Conclusion: The purpose of this EBSR was to assess the influence of intensity of language treatment and CILT on language and communication outcomes of individuals with stroke-induced aphasia. A systematic search of the literature from 1990 to 2006 yielded only 10 studies that met predetermined inclusion criteria with 5 studies addressing treatments intensity, 4 studies addressing CILT and 1 study addressing both. Given the small number of studies, the conclusions of the present systematic review must be considered preliminary. All ESs calculated for group comparisons on language impairment measures favoured more intensive treatment</p>

over less intensive treatment, including seven large effect sizes. Question 2 addressing change in communication activity/participation were mixed, with some favouring more intensive treatment and some favouring less intensive treatment of persons with chronic aphasia. These observations suggest that there can be complex interactions among intensity of treatment schedule, type of treatment and type of outcome measure.

Overall, five studies involving 90 participants reported that CILT resulted in positive changes on measures of language impairment and communication activity/participation in individuals with chronic aphasia, including large ESs for 9 of 16 impairment measures and 6 of 11 activity/participation measures. No data addressed the effect of CILT in patients with acute aphasia. Interpretation of the results of this EBSR and its implications for clinical practice must be considered in conjunction with the information about characteristics of the participants. For the intensity studies, the majority of participants had nonfluent forms of aphasia. Although modest evidence exists for more intensive treatment and CILT for individuals with stroke-induced aphasia, the results of this review should be considered preliminary and, when making treatment decisions, should be used in conjunction with clinical expertise and the client's individual values. Future research needs to address, in particular, the impact of treatment intensity for participants presenting with a milder aphasia as well as participants who are categorized as fluent. All of the studies included at least one outcome measure at the language impairment level, and most of these measures were standardized, valid assessment instruments. The variety of primary and secondary outcome measures made comparisons across studies difficult and complicated the determination of the validity and reliability as they contribute to the quality of the study. General conclusions indicate that more treatment is better over a restricted time interval. No studies have addressed what might be the optimum amount and intensity of treatment; however it is possible that no single answer exists and the optimum dosage of high-intensity of treatment varies depending on the type of treatment and the characteristics of the participant's aphasia, including chronicity. Although results suggest that efficacy is related to the nature of the treatments rather than to intensity alone, given the small number of participants, results are not yet conclusive. Clear and convincing evidence supporting the effectiveness of CILT over other aphasia treatments has not yet been established.

Cherney LR, Patterson JP., Raymer A., Frymark T. & Schooling T. (2008). Evidence-based systematic review effects of intensity of treatment and constraint-induced language therapy for individuals with stroke induced aphasia.

Glaubwürdigkeit (7)	7
Aussagekraft (2)	2
Anwendbarkeit (3) (-F3)	2
Total Punkte (12)	11
Note	5,5

<p>Elman RJ. & Bernstein-Ellis E. (1999). The efficacy of group communication treatment in adults with chronic aphasia. Journal of speech, language and hearing research, 42, 411-419.</p>
<p>Ziel: The purpose was to determine the efficacy of group communication treatment for chronically aphasic clients by random assignment to either a treatment of deferred treatment group.</p> <p>Will group communication treatment for aphasics result in change on SPICA (shortened porch index of communicative abilities) and WAB AQ (Western aphasia battery-Aphasia quotient)?</p> <p>Will group communication Treatment for aphasics result in change in CADL (communicative abilities in daily living)?</p>
<p>Design: Intervention study</p>
<p>Land: USA</p>
<p>Methode: The effects of group communication treatment on linguistic communicative performance in adults with chronic aphasia were examined.</p> <p>All of the clients were chronically aphasic more than 6 month post onset and had completed individual speech- language treatment, had a single left hemisphere cerebrovascular accident, were 80 or younger, had no major medical complications or history of alcoholism, were in 10th and 90th overall percentile on the SPICA at entry and were premorbidly literate in English. 90 responded on call. From this telephone screening 45 people were asked to complete testing on the researchers dependent measures. The remaining 28 participants meeting subject selection criteria were enrolled in the treatment study. Participants were randomly assigned to one of two conditions. Immediate treatment (IT) and deferred treatment (DT) DT group began their treatment following the IT group's 4-month treatment trial. DT attended 3 or more hours weekly of social group activities. Once randomly assigned to IT or DT groups, participants were assigned to either mild-moderate or moderate-severe aphasia groups based on their initial aphasia severity as measured by the SPICA overall percentile. (moderate between 50 and 65) Therefore they balanced the participant groups for age, education level, and time post-onset. The results were four groups of 7 individuals each. 5 individuals dropped out of the study before they completed their treatment because of transportation difficulties, 1 because of medical complications and 3 because of time constraints. A total of 24 participants successfully completed the 4-month treatment trial.</p> <p>Clients had 5 hours of communication group treatment weekly for each of the aphasic groups. Two 30-minutes social breaks were provided in the middle of each session. A total of 4 month, 32 sessions of group communication treatment was provided. The treatment focused on improving the ability to convey a message using whatever strategy was most useful, fostering initiation for conversational exchanges, expanding understanding of the communication disorder, expanding self-awareness of personal goals, and recognition of progress made towards those goals, and promoting confidence for attempts at communicative situations. The opening 90 minutes they clients discuss current activities and event in their lives. Exchange of information was enhanced by communicative drawing, role playing, natural gestures, maps, personalized notebooks, number lines, conversational prompting, graphic choices and scripting. In the final hour they were wrapping up the opening discussion or new stories. Occasionally, reading and writing practice tasks or social games. Once weekly groups were co-led by a performing artist.</p>
<p>Ergebnisse: DT participants made significant change after but not before group communication treatment was begun. SPICA and WB were significant but CADL was not significant. A treatment effect was found for WAB AQ and the CADL. SPICA was not significant. Greater changes occurred for the most severely affected participants. Participants with milder aphasia did not show large changes on the CADL. Perhaps because their scores were close to the CADL's ceiling at intake. More individuals who scored lowest on the CADL at intake were members of the IT groups, as participant groups had been balanced using SPICA overall percentiles and not CADL scores. No significant differences were found when comparing IT group intake scores to DT group pre-treatment test scores.</p>
<p>Conclusion: The results suggest that treatment was efficacious. The DT groups did not change significantly on any measure between intake and pre-treatment. In addition, the IT groups' WAB AQ and CADL scores were significantly higher after 4 month of treatment than those of the DT groups at the same point in time. Further, more individuals in the IT groups than in the DT groups made clinically significant changes. Already after 2 month of treatment, the SPICA overall, WAB AQ and CADL for the most severe group performance differed significantly from performance before treatment. The present study demonstrated that 5 hours per week of group</p>

communication treatment over 2- and 4-month duration provided efficacious treatment for adults with chronic aphasia. However many questions remain unanswered. Would less treatment per day or per week lead to the same results. Or with a longer duration? Which aspects of the treatment were responsible for the treatment effects?

The group environment also provides the opportunity for a wider array of communicative partners, more natural tasks, and peer modelling and support for acquisition of communicative strategies, increasing the likelihood of generalization of treatment gains to home and community environments.

Second, group communication treatment may either directly or indirectly improve psychosocial functioning and participation in community life by providing a supportive environment in which communication and successful adjustment to life with aphasia is encouraged. Finally, group treatment is a cost-effective way of providing professional treatment. To aphasic individuals as compared with traditional, individual speech-language therapy. This is becoming increasingly important as health care moves rapidly to a managed care model and decreases in authorized treatment become commonplace.

The results support those of Bollinger et al. (1993) and Aten et al. (1982) with chronically aphasic individuals and those of Wertz and colleagues (1981) with acutely aphasic individuals. Both of these studies found that significant improvements were made on linguistic-dependent measures following group treatment.

Elman R.J. & Bernstein-Ellis E. (1999). The efficacy of group communication treatment in adults with chronic aphasia.

Glaubwürdigkeit (8)	8
Aussagekraft (3)	3
Anwendbarkeit (3)	3
Total Punkte (14)	14
Note	6,0

<p>Gordon C., Ellis-Hill C & Ashburn A. (2008). The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. Journal of advanced nursing 65(3), 544-553.</p>
<p>Ziel: The aim of the study was to explore how nursing staff and patients with aphasia or dysarthria communicate with each other in natural interactions on a specialist stroke ward.</p>
<p>Design: An observational study using a conversational analytic approach. Conversation analysis is a qualitative methodology informed by sociology, ethnography, linguistics, social psychology and ethno methodology. CA focuses on meaning and context.</p>
<p>Land: Neuseeland</p>
<p>Methode: Participants were recruited from a stroke rehabilitation ward in a community hospital and an acute stroke unit in a district general hospital. Five patients were recruited; one was recruited from a rehabilitation ward and the others from an acute stroke unit. Their ages ranged from 43 to 84 years and three were men. Three patients were fully dependent for their activities of daily living. All nursing staff working on the two wards was invited to participate through ward meetings. The nursing participants were a convenience sample of those who were on duty and interacted with the patient at the time of data collection. Finally 14 nursing staff members participated in the study having an experience ranged from 6 month to 20 years and including all levels of roles from healthcare assistant to charge nurse. Video recording and concurrent field notes were used to collect data. Recording occurred for periods of 1-3 hours, over 4 month. The inclusiveness of data is affected by the field of the camera lens, and could lead to inaccurate interpretations. Field notes taken whilst video-taping helped to recover some of the losses incurred and avoid false interpretations. The study was approved by the appropriate ethics committee. Invasion of privacy was minimized by not recording intimate care. The process of gaining informed consent is difficult with patients who have severe communication problems.</p>
<p>Ergebnisse: Communication problems following stroke not only have to manage the usual physical consequences but also difficulties in being able to interact meaningfully. These difficulties can have a direct effect on physical recovery if people do not understand instructions. They can create a sense of isolation from community which can result in depression. Normally every patient does negotiate about rehabilitation goals, developing therapeutic relationships, providing strategies in activities of daily living. But this requires effective communication. Healthcare professionals, have a role in providing an enabling environment for meaningful interaction in hospital rehabilitation settings.</p> <p>Communication deficits after stroke are common, affecting up to 38% of stroke survivors. Social scientists have studied ordinary conversations analysis (CA). There has been very little research using CA with people with dysarthria, but it has been found that when these people speak their conversations are similar to "ordinary" talk. If a conversation partner is attempting to guess what a person with aphasia is wanting on their toast, it will be related to the preceding talk and the context. People with aphasia rely strongly on this sequential contact to help their partners understand what they are trying to say, and so it is difficult for them to take the lead in the conversation and change to a new topic. A second characteristic in aphasic conversation is repair. If one mispronounces a word, he tends to correct himself immediately, whereas those with aphasia tend to rely on others to help with the repair. Third, people with aphasia tend to have frequent long silences in their speech. They avoid eye contact until the end of their turn. But they use minimal turns, for example "mmhm" "yeah" or "aha" to relinquish their turn and allow their conversation partner to start talking. They communicate by using different conversational rules, and it is essential to know how nurses are managing these new rules within ward settings.</p> <p>Nurses tend to focus on physical care. Researchers have described the qualities of effective nurse-patient communication as respectful, therapeutic and an individualistic approach with commitment to the communication essential to the rehabilitation process.</p> <p>Problems with understanding undermine nursing staff members competence as communication partners, and therefore they may find it uncomfortable conversing with patients to whom they feel ill-equipped to talk. This may explain why they appear to control the interaction excessively.</p>
<p>Conclusion: A cultural change within the ward environment, with a commitment from the team to consider the institutional dynamics that may currently hinder effective communication, could enable nursing staff to improve their communication during their day-to-day clinical practice. Further specific education in how to be an effective communication partner might also help to improve the interaction between staff and patient with aphasia/dysarthria. Nursing staff could gain more confidence in their own conversational skills if they were supported to learn how to</p>

manage hesitations, silences and the differing rules related to people speaking with aphasia. This paper highlights the importance of giving communication rehabilitation equal importance to the physical rehabilitations of stroke survivors. This includes recognition of the increased time resources required for patients with communication problems. The generalizability of these findings may be limited because of the varying degrees of communication problems among patients, the fact that there were two different settings of acute and rehabilitation ward, and the small sample size. Small sample sizes are standard in CA research because of resources required to transcribe and analyse the data.

Gordon C., Ellis-Hill C & Ashburn A. (2008). The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. Journal of advanced nursing

Glaubwürdigkeit (8) -F7	7
Aussagekraft (2) -F10	1
Anwendbarkeit (2)	2
Total Punkte (12)	10
Note	5,0

Greener J., Enderby P. & Whurr R. (2001). Pharmacological treatment for aphasia following stroke. Cochrane database of systematic reviews. Issue 4
Ziel: To assess the effects of drugs on language abilities when given to people with aphasia following stroke.
Design: Evidence-based systematic review (EBSR)
Land: Schottland
<p>Methode: Selection criteria were randomised controlled trials comparing 1. Any drug given to improve language versus no treatment or versus placebo 2. Any drug given to improve language versus speech and language therapy and 3. One drug given to improve language versus another drug given with the same aim.</p> <p>10 trials were included in the review. Drugs used were Piracetam, bifemalane, piribedil, bromocriptine, Idebenone and Dextran 40.</p> <p>Those agents which were single examples from various classes of drugs were Idebenone, an antioxidant believed to prevent cell death, and Dextran 40 which is a glucose polymer used to expand plasma volume. Piracetam and Bifemalane are taking place in the nootropic class. Both are believed to be metabolic activators, which may improve cognitive function, and/or act as neuroprotectors. Bromocriptine and Piribedil are both dopamine agonists which activate cerebral functions.</p> <p>A number of drugs have been utilised with the aim of ameliorating language functions after stroke. Nevertheless, the role of pharmacotherapy is uncertain.</p> <p>The reports of studies formally reviewed were limited to those described as randomised controlled trials, even where the method of randomisation had not been specified.</p> <p>The participants were adult who had acquired aphasia due to a stroke. The definition of stroke was that given by the WHO. All types of aphasia were considered including expressive aphasia, receptive, global, mixed aphasia, dysphasia and non-specific aphasia.</p> <p>At the beginning 300 abstracts were screened for eligibility. Of these 290 were rejected because of methodological reasons, if they didn't fulfil the criterias for a review or because the studies had not evaluated the effect of the intervention on aphasia separately from its effect on other disabilities or if they did not meet patient inclusion criteria.</p> <p>Trials ranged from 4 to 927 participants, all included patients of mixed sex. The average age was between 53 and 78.</p>
<p>Ergebnisse:</p> <p>Piracetam compared with placebo: A statistically significant difference was found in favour of treatment. No statistical difference was found with risk of death.</p> <p>Bifemalane compared with no active substance: Patients receiving bifemalane improved their naming ability and comprehension to a greater degree than those receiving no such support.</p> <p>Bromocriptine compared with placebo: No statistically significant difference was found.</p> <p>Idebenone compared with Placebo: No statistically significant differences were found.</p> <p>Dextran 40 compared with no active substance: No statistically significant differences were found.</p> <p>For morbidity and mortality no significant result was found.</p> <p>Weak evidence was found that patients were more likely to have improved on any language measure at the end of the trial if they had received treatment with Piracetam, but there may be an increased risk for death. Authors could not determine if drug treatment is more effective than speech and language therapy and whether one drug is more effective than another.</p>
<p>Conclusion: The objective of this review were to examine whether drug therapy was more effective for people who have aphasia following stroke than no drug support.; whether drug therapy gave a better outcome than speech and language therapy alone; and whether a particular drug regimen performed better than another in this respect.</p> <p>In order to identify the trials included in this review, a considerable number of study reports ere appraised and rejected for a variety of reasons.</p> <p>However, lack of evidence of the effect of any of the interventions reviewed does not mean that the review has identified evidence of no effect.</p> <p>It is possible that the benefit of Piracetam is lost if it is taken for month rather than weeks, although it is also feasible that the drug could have greater benefit if given for a longer rather than shorter period.</p> <p>However this review did not find a non significant increase in deaths in the Piracetam treated group. A Cochrane review of the effect of Piracetam in acute stroke found a statistically non-</p>

significant increase in the odds of death with Piracepam.

It is not possible, based on the results, to give prescribing advice. Speech and language therapists cannot prescribe, but this review found no basis for advising that any drug is either superior or inferior to speech and language therapy.

All the drugs identified in this review have been under-studied. The only drug which appears to give some promise based on this review is Piracepam.

Greener J., Enderby P. & Whurr R. (2001). Pharmacological treatment for aphasia following stroke.

Glaubwürdigkeit (7)	7
Aussagekraft (2) (-F9)	1
Anwendbarkeit (3) (-F3)	2
Total Punkte (12)	10
Note	5,0

<p>Greener, J., Enderby, P & Whurr, R. (2008). Speech and language therapy for aphasia following stroke (Review) The Cochrane collaboration, Issue 4.</p>
<p>Ziel: To assess the effects of formal speech and language therapy and non-professional types of support from untrained providers for people with aphasia after stroke.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. To assess whether formal speech and language therapy is more effective than no speech and language therapy at all, in improving expressive and receptive language disorders following stroke. 2. To assess whether formal speech and language therapy is more effective than non-professional support of any kind. 3. To assess whether non-professional support of any kind for language disability is more effective than no support at all for language disability, in improving expressive and receptive language disorders following stroke. 4. To assess whether formal speech and language therapy is more effective than another type of support which is not speech and language therapy when both are given by trained and qualified speech and language therapists, in improving expressive and receptive language disorders following stroke. 5. To analyse whether one particular type of formal speech and language therapy is more effective than another in the management of people with expressive and receptive language disorders following stroke.
<p>Design: Systematic literature review</p>
<p>Land: Schottland</p>
<p>Methode: randomised controlled trials comparing: 1. Any type of formal speech and language therapy in any setting administered by trained speech and language therapists versus no treatment; 2. any type of formal speech and language therapy in any setting administered by trained speech and language therapists versus any type of informal support for aphasia, given by speech and language therapists or volunteers, whether these were trained or untrained; 3. one type of speech and language therapy versus another type. Outcome measures included measures of any type of communication, other measures of functioning, numbers of drop-outs, and other non-clinical outcomes.</p> <p>Participants had acquired aphasia due to a stroke. All types of aphasia were considered.</p> <p>Types of interventions</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formal speech and language therapy 2. Formal speech and language therapy compared with any type of support <ol style="list-style-type: none"> a. support from volunteers and / or other professionals b. support from untrained volunteers 3. Support from volunteers who have not had formal training as speech and language therapists, compared with no support of any kind, formal or informal. 4. Formal speech and language therapy, compared with support which is not speech and language therapy. 5. Formal speech and language therapy characterised by its underlying approach to treatment, duration of treatment sessions, or some other characteristic, compared with an alternative type of formal speech and language therapy. <ol style="list-style-type: none"> a. Experimental: non-conventional speech and language therapy. / control: conventional speech and language therapy b. Experimental: one type of non-conventional speech and language therapy / Control: another type of non-conventional speech and language therapy. <p>12 trials were suitable for the review. Most of these trials were relatively old with poor or unassessable methodological quality.</p>
<p>Ergebnisse: The authors could not determine whether formal speech and language therapy is more effective than informal support.</p> <p>Principal outcomes were measures of communication, overall functional status of the patient, cognitive skills, global ratings, rating scales, psychological scales, achievement tests, language tests, criterion referenced tests, psychological tests.</p> <p>45 studies were considered and rejected from the review as ineligible on at least one criterion. Trials ranged from 12 to 191 participants, all included patients of mixed sex. The average age within trials range between 65 and 75.</p> <p>Of the 12 trials, 3 used a clearly concealed randomisation procedure.</p> <p>Speech and language therapy compared to no support of any kind. Authors report no difference found.</p> <p>Speech and language from trained speech and language therapist compared to informal</p>

support from volunteer, trained or untrained. No statistically significant difference found.

Untrained support from volunteer compared to no support of any kind. No differences were found, but the authors reported that volunteers stated that they believed they had made a significant difference in the quality of their patients' lives.

Formal speech and language therapy from trained therapist compared to supportive counselling, also from trained speech and language therapist. No statistically significant difference was found.

Group treatment compared to individual treatment, both from trained speech and language therapists. No difference was found.

Intensive SLT compared to conventional SLT treatment. No difference found.

Intensive SLT compared to no support. No difference found.

Computer treatment compared with conventional speech and language therapy. No difference found.

Filmed language instruction plus SLT compared to SLT alone no differences found.

Systematic therapy program for auditory comprehension disorders compared to conventional speech and language therapy no differences were found.

6 of the studies are more than 15 years old, and 5 others are more than 10 years old. Only one has been reported within the 1990's during which period a greater attention has developed to detailed and accurate reporting of study design and results in patterns submitted for publication.

Speech therapy compared to no support of any kind. It was verified that there were no differences in psychological outcomes for the 2 groups of patients or their relatives. The small number of patients leads to imprecise estimates of effect, which means that useful effects cannot be ruled out with any confidence.

Speech and language therapy and informal support. There was little evidence on which to judge whether informal support from a trained or untrained volunteer, was any more or less effective as treatment from a trained speech and language therapist. In addition, to there being some evidence that spontaneous post-stroke recovery occurs, that there may be some short term benefits from speech therapy, but that it does not appear to matter whether the treatment is given by a trained therapist or a supervised volunteer.

Support from volunteer compared to no support. Claim that patients who are treated by volunteers do not improve more than patients who are untreated, and one author claim that volunteers state they believe they had made a significant difference in the quality of their patients lives, cannot be verified.

Speech and language therapy compared to non-directive counselling, both from trained SLTs. No differences were found between the two groups.

Different types of treatment. We could not identify any evidence that one treatment method is better than another. All the trials identified had a small number of participants and trial quality was generally poor. It has not been possible, on the basis of the trial identified by this review, to arrive at any conclusion about the effectiveness of speech and language therapy. However, for all comparisons in this review, lack of evidence of effectiveness does not mean that there is evidence of no effectiveness. The lack of statistical power in nearly all the trials in the various comparisons means that the question of effectiveness of speech and language therapy for people aphasic after stroke remains open.

Conclusion: Speech and language therapy treatment for people with aphasia after a stroke has not been shown either to be clearly effective or clearly ineffective within a RCT.

The main conclusion of this review is that SLT treatment has not yet been shown to be either effective or clearly ineffective within RCT.

Greener, J., Enderby, P & Whurr, R. (2008). Speech and language therapy for aphasia following stroke (Review) The Cochrane collaboration, Issue 4.	
Glaubwürdigkeit (7)	7
Aussagekraft (2)	2
Anwendbarkeit (3)	3
Total Punkte (12)	12
Note	6,0

<p>Larsson I. & Thoren-Johnson AL. (2007). The Swedish speech interpretation service: An exploratory study of a new communication support provided to people with aphasia. <i>Augmentative and alternative communication</i> 23, 312-322.</p>
<p>Ziel: The aim of the study was to explore individual experiences associated with the use of professional interpreters for assistance with daily activities.</p>
<p>Design: Qualitative study</p>
<p>Land: Schweden</p>
<p>Methode: In 1986 one county began offering the Swedish speech interpretation service (SSIS) for people with complex communication needs reducing the level of isolation experienced by people with aphasia. The interpreters who work for the service are primarily occupational therapists or speech language pathologists by profession. Consumers of the SSIS have aphasia, dysarthria or dyslexia. The service comprises three parts. The first is vocal support, second reading support and the third component is writing support. What factors do people with aphasia consider when they choose to engage a professional interpreter? How can the experiences of people with aphasia who use the SSIS interpreters be characterized with respect to their subjective feelings of autonomy?</p> <p>Criteria for participation were 1. Aphasia as the sole cause of complex communication needs 2. At least 6 month's experience as a consumer of the SSIS and ability to participate in an interview through the use of a variety of communication modes such as speech, gesture, drawing, and support from the interviewer. 12 persons- 7 men and 5 women- aged between 33 and 74. The participants chose where they preferred to be interviewed. They took place at interpretation service offices and at the participant's home. Each participant was interviewed once. The duration was between 1 to 2 hours. They were asked for reasons for using an interpreter, experiences of using an interpreter, differences between using an interpreter and receiving communication support from friends and relatives and how participants felt while using an interpreter.</p> <p>The interviews were tape-recorded and transcribed verbatim.</p> <p>Data analysis followed the four-step procedure of Malterud. This procedure is derived from the constant comparative approach described by Strauss and Corbin. In step 1 transcriptions were read, in step 2 data were analyzed line-by-line in order to identify meaning units. For step 3 each descriptive code was compared with others and codes with similar phenomenon were grouped in categories. In step 4 searched the purpose of using an interpreter and perceptions of quality. Findings were regularly checked with the participants and with professionals.</p>
<p>Ergebnisse:</p> <p>Overall, the participants expressed the need for professional interpreters and said that the SSIS was important to them.</p> <p>Theme 1: purpose of using an interpreter</p> <p>An interpreter was used in many different situations. Public authorities, meetings, public officials, reading and writing letters, visiting a doctor or making a will. The three categories identified within this theme were a. issues relating to autonomy b. issues relating to privacy and c. issues relating to burden on family members. They perceived themselves and not the interpreter to be the primary agent in this regard. Using relatives as interpreters was considered by many of the participants as possibly jeopardizing their ability to control the message which in turn, would reduce overall autonomy. Sometimes negative reactions to the interpreters whose presence made the participants equal communication partners. Another reason for using an interpreter was the ability to control the dissemination of information. They said that communication assistance from family members might put a strain on these relationships.</p> <p>Theme 2: perceptions of quality. The three categories that comprised this theme were a. issues relating to the skill of the interpreter b. issues relating to the professional behaviour of the interpreter and c. issues relating to accessibility to interpreters.</p> <p>A number of participants said that the quality of support provided by a professional interpreter was superior to that of relatives and friends, speech to speech and personal assistants. The participants stressed that it was important for the interpreter to know that a person with aphasia sometimes forgets what he or she is going to say.</p> <p>It is important for interpreters to behave in a professional manner at all times, by respecting privacy and maintaining neutrality. Participants noted that education, experience, and commitment represented the key reasons for preferring to use a professional interpreter over other options.</p> <p>The participant's accessibility to the SSIS had little relation to the actual need for the service. Participants had to prioritize their errands, knowing that they would not be able to get assistance</p>

with everything. They were forced because of the limited accessibility of the SSIS to rely on a personal assistant to serve as an interpreter. This resulted, they said, in 1. A poorer quality interpretation overall and 2. Sometimes missed appointments or resulted in the need to utilize the speech-to-speech service. Limited accessibility to interpreters caused anxiety when thinking about the future because of cutbacks due to economic reasons that might further limit access to the service.

Conclusion: Participants responded positively to the level and quality of services offered by the SSIS and were generally impressed with the skills, professionalism and knowledge of the interpreters. They also said that they preferred SSIS services over assistance from relatives, personal assistants, and the speech-to-speech service. And were particularly impressed with how well prepared the interpreters were with respect to assisting with doctors and other types of appointments, including setting aside time to plan conversations. It is important for the person with aphasia and the interpreter to have time together to plan conversations.

Having the freedom to choose communication support from an interpreter rather than a family member is an important way for people with aphasia to increase autonomy and at the same time establish more equal relationships with relatives.

People with aphasia should be able to have unlimited access to interpreters in order to be able to participate in society and live on the same conditions. Through the use of an interpreter, a person with aphasia can partly retain the role of an equal communication partner, and thus also a higher level of autonomy.

Future research is required to explore the potential opportunities and limitations. A key question is whether an interpreter's skills could be developed to the extent that people with aphasia could utilize an interpreter regardless of their communication requirements.

A limitation of the Study was that it wasn't possible to pay a second visit to each participant.

It might be necessary to include this type of training in aphasia rehabilitation so that patients can learn how to use an interpreter.

Larsson I. & Thoren-Johnson AL. (2007). The Swedish speech interpretation service: An exploratory study of a new communication support provided to people with aphasia. Augmentative and alternative communication 23, 312-322.

Glaubwürdigkeit (8)	7
Aussagekraft (2)	2
Anwendbarkeit (2)	1
Total Punkte (12)	10
Note	5,0

<p>Meinzer M., Streiftau S. & Rockstroh B. (2007). Intensive language training in the rehabilitation of chronic aphasia: efficient training by laypersons. Journal of international neuropsychological society 13, 846-853.</p>
<p>Ziel: The study evaluated effects of aphasia training applied by trained laypersons in a sample of patients with chronic aphasia</p>
<p>Design: Intervention study</p>
<p>Land: Deutschland</p>
<p>Methode: Constraint induced aphasia therapy. CIAT is an adaptation of constraint induced movement therapy. CIAT was selected as the treatment of choice because substantial and stable improvement of language function in chronic aphasia has been demonstrated. CIAT requires similar levels of severity within a training group. Patients with different syndromes were included in the same group as long as the approximate severity level was similar. 8 groups were established, then randomly assigned to 2 groups. 4 being trained by experienced psychologists (A) and 4 by trained laypersons (B) All patients received CIAT for 3h/d on 10 consecutive working days. The training based on communicative language games, including pairs of card with pictures of objects and photographs.</p> <p>Constraints are determined depending on the initial level of each patient's verbal ability. For example, a severely handicapped patient is allowed to use any approximately relevant utterance to ask for a card. More advanced or improving patients are gradually encouraged to articulate the correct word using correct pronunciation, explicitly address the asked co-player by his name and use politeness formulas or syntactic sentence frames instead of one to two word utterances.</p> <p>Laypersons received a 2h introduction into the basic principles of CIAT which included materials, procedures approaches to constraining communication to verbal expressions and how to adjust task difficulty. During the first 2 of the 10 training sessions, laypersons served as layperson trainers under the supervision of an experienced therapist. For the remaining 8 sessions, the trained laypersons led the training, while experts were available in a nearby room in case of major problems. The laypersons and therapist discussed strategies/solutions for problems experienced the previous day in preparation for the next day of training.</p> <p>20 patients 35-72, 4 women and 16 men with single left hemispheric cerebrovascular stroke in a chronic stage were included in the study. During the training period, patients did not participate in any other rehabilitation program. Patients and participating relatives were informed about the aim of the study, the study designs, and training procedure and signed a written consent before the beginning of layperson training and CIAT. The study was approved by ethics committee of the university of Konstanz.</p>
<p>Ergebnisse: All patients completed the CIAT and received the same number of training sessions. Patients of group B in particular appeared motivated and were compliant to the program. The two groups were comparable regarding the duration of aphasia and the education. As a consequence of the random assignment, patients of group B were significantly older than patients of group A. As treatment success was not correlated with age in a previous study, age was not considered as covariate in the statistical analyses.</p> <p>Aphasia severity was reduced in both treatment groups after the 2-week training period. It can be concluded that training gains were similar in both training groups. Only one patients of group B showed no improvement on a subtest or subscale.</p>
<p>Conclusion: The present study was designed to evaluate the effectiveness and practicability of CIAT for chronic patients with aphasia administered by trained non-professionals. Patients were randomly assigned to either experienced psychologists or trained laypersons. Both groups received the same treatment, whereas the person who administrated the training varied systematically between groups. Language functions improved significantly in both groups. No significant differences were present between groups. These findings replicate previous studies that report substantial improvement in language functions and measures of connected speech after CIAT in patients with different aphasia syndromes and levels of aphasia severity. These results also agree with previous evidence of effective treatment provided by trained laypersons. Moreover, the daily sessions provided a setting to discuss problems and to ask questions and receive feedback about their performance from the professional therapists.</p> <p>It might be argued that such an approach might be at risk to provoke strains between individual patients and their relatives during the training. The possibility of such risk factors must be considered, when engaging relatives as trainers.</p> <p>Future studies might benefit from the addition of therapist-administered measures of functional communication to adequately capture improvements in functional ability.</p>

Future studies should be designed to examine whether structured programs like CIAT can be administered efficiently by trained laypersons in a community based setting. Whereas the present study focused on language functions, treatment of chronic aphasia needs to take in account further factors, like the psychosocial consequences of the language disorder like reduced activity and participation in community life, reduced self-esteem and associated psychiatric comorbidities. In summary, based on previous reports, we conclude that the improvement of language functions in the present study is likely o be attributed to the treatment provided.

Meinzer M., Streiftau S. & Rockstroh B. (2007). Intensive language training in the rehabilitation of chronic aphasia: efficient training by laypersons.

Glaubwürdigkeit (8)	8
Aussagekraft (3)	3
Anwendbarkeit (3)	3
Total Punkte (14)	14
Note	6,0

Simmons-Mackie N & Damico JS. (2008). Exposed and embedded corrections in aphasia therapy: issues of voice and identity. International Journal of language and communication disorders. 43(1):5-17.
Ziel: Describe corrections in therapy, identify patterns of occurrence and develop hypotheses regarding the potential effects of corrections.
Design: Qualitative Studie
Land: USA
<p>Methode: The authors videotaped aphasia therapy sessions. Settings included university clinics, outpatient rehabilitation and a community aphasia program. Six individual and five group therapy sessions were included. Participants were aware that they were being recorded and were accustomed to being videotaped. Corrections were defined as instances when one party offered a "fix" for an error. Categories of correction were defined. The videotaped sessions were grouped according to therapy approach. These approaches included traditional, therapist centred, impaired-focused aphasia therapy and functional-social approaches to therapy.</p> <p>Ergebnisse: Therapy interactions not only affect language outcomes, but also influence psychosocial adjustment in aphasia. A significant aspect of building a positive sense of self involves expressing "who you are" and having other confirm positive or desired aspects of one's self. When others listen with interest to a story or laugh at a joke, then the speaker feels a sense of success. When we have such opportunities to voice desires aspects of our selves, then positive identity is enhanced. After the onset of aphasia, one's ability to give voice to a desired image of oneself is challenged.</p> <p>Repair is the process by which parties attempt to address a misunderstanding, an error or a perceived interactive difficult during talk. Repair is designed to further the interaction and ensure understanding. In standard talk in Western cultures repair is completed as efficiently and quickly as possible and there is a preference for self-repair in conversation. One reason for this preference, relates for the influence of repair on self-image. When a speaker makes an error, this potentially projects an impression of incompetence- a threat to the speaker's face or self image. If the speaker repairs his/her own error, then this serves partially to rectify the lapse in image. In addition by "self-repairing" speakers ensure that their intent is not altered. Related to the issue of repair is the process of "correction". Correction refers to the process by which parties work to fix a perceived error in talk even though the parties know the intended meaning. Corrections can stifle the communicative voice or intent of a speaker and contribute to negative self-evaluations. Error correction is a pervasive element of traditional language therapy for aphasia. By effectively marginalizing the speaker, corrections can impact communicative confidence, diminish self-identity and limit access to communicative choices.</p> <p>Two broad categories of corrections were evident in the videotaped sessions: "exposed corrections" and "embedded corrections" The purpose of exposed corrections is to improve the form, content or structure of an utterance. Exposed corrections occur in the surface of the interaction. They are explicit and visible to the participants.</p> <p>In "embedded correction" correcting is implicit and accomplished without emerging to the conversational surface. They did not disrupt the activity at hand or explicitly emphasize errors. This form of correction did not subjugate the voice of the client to the preferred or expected utterance to the clinician.</p> <p>Exposed corrections were most frequent in therapist centred impairment therapy for aphasia and far less frequent in aphasia therapy designed within a functional-social approach.</p> <p>Conclusion: The impairment focussed sessions were characterized by power differentials and expectations consistent with an authoritarian style of interaction. The focus was on clinician judged accuracy, not on the client's intents, meanings or opinions. Embedded corrections in therapy to place the emphasis on the client's communicative intent, rather than on eliminating error production. Frequent exposed corrections run the risk of creating a damaged self-image. The more frequent the exposed corrections and dismissal of speaker intents, the more likely that a speaker will feel devalued and marginalized. Thus a paradox occurs in that frequent exposed corrections in therapy have the potential to impair self-image and confidence in the service of improving language. In addition exposed correcting appears to reinforce a power asymmetry placing the client in a "powerless" position. When the client comes to depend on therapist for explicit correction, then the primary responsibility for dealing with errors shifts from the error maker to the clinician. In other words, exposed corrections can have social, emotional and communication consequences.</p> <p>Clinicians need to be skilled in the use of both exposed and embedded corrections. In essence, correcting is a therapeutic tool that must be managed with sensitivity in order to ensure that</p>

communication is maximized and the voices of people with aphasia are genuinely heard.

Simmons-Mackie N & Damico JS. (2008). Exposed and embedded corrections in aphasia therapy: issues of voice and identity.

Glaubwürdigkeit (8) -F8	7
Aussagekraft (2)	2
Anwendbarkeit (2) (-F2)	1
Total Punkte (12)	10
Note	5,0

Small SL. (2004). A biological model of aphasia rehabilitation: Pharmacological perspectives. Aphasiology. 18, 473-492.
Ziel: The study examines the effects of different drugs on both direct and indirect mechanism of neural circuits reorganisation gauged through effects on multi-modal measures of speech, language and memory.
Design: EBSR
Land: USA
Methode: It might be possible in the future to directly alter the aphasic brain to increase synaptic connectivity among existing brain regions or between existing brain regions and new tissue that has been artificially implanted. There is increasing therapeutic interest in the direct repair of damaged brain tissue, through a combination of issue or cell transplantation and administration of growth factors.
<p>Ergebnisse: If clinicians are going to help their patients remediate aphasia, rather than compensate for it, outcome measures that require actual language use are necessary. Although this is not in conflict with most views in clinical aphasiology research, it is in conflict with many contemporary efforts in medical cost containment. The most important agents used in aphasia pharmacotherapy are the catecholamines particularly dopamine and norepinephrine. Since the catecholamines do not cross the blood-brain barrier, they must either be administered directly into the brain or spinal fluid, or other agents must be administered that act as catecholamine agonists or increase catecholamine concentrations. Dextro- amphetamine is the most widely studied experimental drug of this latter sort, acting non-specifically to increase the concentrations of all the catecholamines at synaptic junctions. Another class of agents that have been used in neurological injury to improve memory function and to increase neuroplasticity in the group of drugs that increase cerebral acetylcholine. Some additional data relate to the role of Ach in stimulating neural plasticity, with simultaneous stimulation of the basal forebrain and behavioural training leading to improved learning. A third agent that has received attention is GABA.</p> <p>The short-term administration of diazepam (a benzodiazepine and indirect GABA agonist) permanently impedes sensory cortical recovery from the anteromedial neocortical injury. Furthermore, administration of Phenobarbital, which may have some agonist effects on GABA receptors, also impedes recovery from brain injury. Pharmacotherapy studies were generally unsuccessful, often because of poor rationales based on inadequate medical knowledge of the time. Modern studies of pharmacological treatment of aphasia. Several studies have examined the role of dopamine in aphasia treatment. Bromocriptine did not significantly improve the patient's speech fluency, language content, overall degree of aphasia severity, or nonverbal cognitive abilities. There is a very suggestive evidence that dextro-amphetamine and possibly methylphenidate can help with the speed and/or degree of recovery in motor function after stroke. Dextro-amphetamine administered with therapy seems to lead to improvement over the expected levels. Both dextro-amphetamine and methylphenidate can act as anti-depressants, and given the high prevalence of post-stroke depression particularly in patients with aphasia, this could play an important role in therapeutic effectiveness. The studies showing beneficial effects of sympathomimetics, share the common feature of evaluating dextro-amphetamine as an adjunct to behavioural or physical therapy, rather than alone. In a study comparing the cholinergic agent bifemalane to placebo definite improvements were seen in the treatment pair as opposed to the placebo pair. Several therapeutic attempts have focused on donepezil, the reversible acetylcholinesterase inhibitor with a selective central action that is used to improve language and cognitive deficits in Alzheimer disease. Single cases also reported benefit. Piracetam is a derivative of GABA but instead of GABA agonist or antagonist activity, acts as a "nootropic agent" on the central nervous system, facilitating cholinergic and excitatory amine neurotransmission. It is said that this agent improves learning and memory, but it is not clear which of its multitudinous biological effects are responsible for the purported cognitive benefit. This drug is the only one for which there is some reasonable evidence. In post-acute and chronic aphasia one randomised controlled trial showed significant improvement on a multivariate analysis of Aachen aphasia subtest scores relative to baseline in favour of Piracetam at 12 weeks. This effect was no longer present at 24 weeks.</p> <p>A crucial issue that must be addressed as part of aphasia rehabilitation is depression, since it can adversely affect language recovery. Of the agents available for treatment of depression, some are not recommended after stroke. In particular, drugs with α-1 adrenergic antagonist properties have been shown to slow motor recovery in animal models. Other agents have been associated with more rapid recovery (desipramine) or with no effect on motor recovery.</p>

Randomised controlled trials shown positive effects of both nortriptyline and citalopram. In a head-to-head comparison nortriptyline (62% response) was more effective than fluoxetine (9%). Fluoxetine was no more effective than placebo in the first 3 month post stroke but much better at 18 month.

Conclusion: The authors conclude, that 1. Both biological and behavioural therapies affect brain repair and reorganisation 2. Pharmacotherapy is not yet proven, but has promise, but only when accompanied by concomitant behavioural therapy. 3. The most important biological interventions that can be accomplished at present are to withdraw certain drugs that impede aphasia recovery and to administer anti-depressants to all patients with major or minor post-stroke depression. The role of anti-depressant drugs in aphasia rehabilitation apart from their demonstrated role in the treatment of depression per se is not yet clear. Certainly, the data cited on the effect of depression on recovery and the role of these drugs in alleviating depression, suggests that they should play a large role in any rehabilitation programme. Two basic principles should motivate pharmacological interventions in aphasia. The first and foremost issue is to avoid detrimental agents. That is, there is pharmacotherapy for aphasia, but also pharmacotherapy against aphasia. Drugs that can adversely affect aphasia recovery include agents used to treat a number of highly prevalent diseases, particularly in aphasic patients; namely hypertension, coronary artery disease, seizures anxiety, psychotic symptoms and gastrointestinal disturbances. Clonidine, Prazosin, any dopamine receptor antagonist (neuroleptics) benzodiazepines, phenytoin or Phenobarbital should be taken in case of aphasia. Nonetheless, there are increasingly reliable data suggesting a potential beneficial effect of increased central nervous system catecholamines on human motor recovery and aphasia rehabilitation. In the realm of motor system recovery, dextro-amphetamine can facilitate recovery, when combined with practice. Weaker evidence also suggests that when coupled with practice in oral communication, increasing brain norepinephrine and /or dopamine might facilitate improvement in speech and language impairments after stroke. No data on any agent yet demonstrates effectiveness. Larger multi-centre studies of this question are needed.

Small SL. (2004). A biological model of aphasia rehabilitation: Pharmacological perspectives. Aphasiology. 18, 473-492.

Glaubwürdigkeit (7) -F5, -F6	5,5
Aussagekraft (2) -F9	1
Anwendbarkeit (3)	2
Total Punkte (12)	8,5
Note	4,25

<p>Sundin K., Jansson L., Norberg A. (2000). Communication with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. Journal of clinical nursing, 9, 481-488.</p>
<p>Ziel: The aim of the study is to illuminate the meaning of communicating with people with stroke and aphasia as it has emerged from the narratives of care providers particularly successful at communicating with stroke and aphasia patients.</p>
<p>Design: A qualitative design. A phenomenological hermeneutic method of interpretation inspired by the philosophy of Ricoeur (1976). Hermeneutics deals with interpretation and is linked to phenomenology. The central question in phenomenology concerns the meaning of lived experience of phenomena.</p>
<p>Land: Schweden</p>
<p>Methode: Ten female care providers took part at the study. They were guaranteed anonymity and confidentiality. The study was approved by the research ethics. The participants were aged between 27 and 64 years. They had worked with patients with stroke and aphasia for 1-12 years. They were selected by all care providers working on the rehabilitation ward, who were asked to recommend one or two participants for the study as being particularly successful in communicating with patients with stroke and aphasia. A personal tape-recorded interview was conducted with each care provider. The interviewees were asked to narrate a successful episode which occurred with a patient. Afterwards the interviews were transcribed into a text. The purpose of the analysis in this method is to uncover and describe the meaning of lived experiences through interpretation. The analysis started with a naïve reading of the interviews. In a second phase consisted a detailed analysis of the text meaning unit by meaning unit to identify parts and patterns of meaningful consistency. The third phase, the comprehensive understanding amounted to a critical in depth interpretation. According to Sandelowski (1995) researchers in qualitative studies seek the greatest variety of data concerning the phenomenon sought and this sample size considered as sufficient to permit depth in the analysis.</p>
<p>Ergebnisse: The findings showed that care providers not reflect when communicating, but were guided almost automatically by their feelings and sensations. The phenomenon of successful non verbal communication further consists of experiencing a requirement to remain, giving more or equal priority to the patient's feelings than to the solution of the tasks, striving to satisfy for both patient and care provider, a certain closeness between patient and care provider was intimated as being important complemented by a type of protective distance. Care providers treat each patient as a unique person, as a competent human being. Sometimes they identified with the patient. Two major themes and seven sub-themes were found. The first major theme is "facilitating openness". This presupposes a creative closeness in combination with a protective distance. Because if closeness develops into private closeness, suffering may ensue. But they should approach patients with a value equal to their own. Care providers should strive for satisfaction and against exhaustion and desperation. When care providers are unsuccessful in achieving their ambitions, they experience enormous disappointment and dissatisfaction, unhappiness, grief, in despair, insufficiency, powerlessness, labour and stress, both in connection with themselves and the patients. So care providers try to meet the patient halfway to gain understanding. They never talk about the patients with stroke and aphasia as a group of patients. Instead they always talk about the specific person. They show attention and accessibility to the patient. It is important that patients do not feel that care providers are irritated and under stress. Patients need a sense of security, confidence and faith in care providers, human dignity and love. The second major theme is "being in wordless communication" Feelings are transferred through physical contact. When care providers cannot find any information in the eyes, when the look seems to be empty and dead, they feel very badly and felt like communication is almost impossible. Moreover they share feeling through senses. That shows that non-verbal communication is about sharing feeling and experiences.</p>
<p>Diskussion: Stroke causes physical, psychological and social changes for patients which lead to frustration. The consequences of stroke affect many everyday activities, including communication. Patients with stroke describe their inability to communicate as extremely depressing and frustrating. Aphasia is one of the three most important predictors of immediate major depression. It reveals that aphasia can isolate a person making him frustrated, frightened and hurt because nobody know how to relate to them. The motivation of many patients is impaired drastically by displays of impatience and weariness on the part of care providers. Care providers are a source of emotional support, that they are present for patients and afford them</p>

the opportunity to communicate their own thoughts and feelings. Stern writes that is necessary and specific for human beings to share feeling with one another. The principal focus of Lögstrup's phenomenology is spontaneous life-manifestations such as trust, sympathy, openness of speech, hope and mercy. It is feelings that bind us to the world and through them we can enter into relationships. The sharing of affective states is the most pervasive feature of close relationship. (Stern, 1985) What's called "interpersonal communion" Communion means sharing in another's experience with no attempt to change what that person is doing or believing. Although this expression of communion needs to be further illuminated in future studies.

This also presumes humility as there is something about patients that cannot be understood. Thus, communication means to open up, see and accept the patient, the "other" as alterity, essentially different. Care providers aren't able to narrate in word how they communicate. This can be interpreted as care providers have sensory understanding without words.

Conclusion: The interpretation presented in this phenomenological- hermeneutic study is one of several possible. The results of these analyses should be judged taking into account the researcher preunderstandings. The results of this study cannot be generalized but they can be transferred to similar situations if they are recontextualized to the current context.

Sundin K., Jansson L., Norberg A. (2000). Communication with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words.

Glaubwürdigkeit (8) -F2 (Begründung)	7,5
Aussagekraft (2) -F2	1
Anwendbarkeit (2)	2
Total Punkte (12)	10,5
Note	5,25

<p>Sundin K. & Jansson L. (2003). Understanding and being understood as a creative caring phenomenon-in care of patient with stroke and aphasia. Journal of clinical nursing, 12, 107-116.</p>
<p>Ziel: The purpose of the study was to illuminate the meaning of understanding and being understood in the care of patients with aphasia after stroke. Descriptions about the life-world of the care providers.</p>
<p>Design: A phenomenological hermeneutic method of interpretation inspired by the philosophy of Ricoeur (1976). Hermeneutics deals with interpretation and is linked to phenomenology. The central question in phenomenology concerns the meaning of lived experience of phenomena.</p>
<p>Land: Schweden</p>
<p>Methode: Participants were 5 care providers of a stroke rehabilitation ward in Sweden. The participants were aged between 27 and 64. They had worked with patients with stroke and aphasia for 4-12 years and were considered from their working colleagues as "particularly successful at communicating". They were informed about the study, asked to participate. Participants were informed verbally and in writing. They were guaranteed confidentiality and anonymity. Three patients with aphasia were asked to take part on the study. The patients and care providers were video taped during morning care sessions. Immediately following each video recording an audio-recorded narrative and reflective interview was carried out with the care provider involved. Then the tapes were analysed from both the researchers and the care providers. That made possible that care providers could reflect on the situation recorded. After the viewing, the care providers were asked to summarize her experience and add further information about understanding and being understood in communication with patient with stroke and aphasia. The interviews were transcribed verbatim. There were 15 interviews, lasting 50-70 min each. The study proceeded from the second week to sixth week post onset of the patient's aphasia.</p> <p>Permission for the research was granted by the research ethics committee.</p>
<p>Ergebnisse: Understanding and being understood in communication is an important aspect of the quality of care, as it is essential for meeting the patient's need for care. The psychological impact of stroke on the patient is great, because of feelings of fear, uncertainty and loss of body control. Lack of verbal communication ability due to aphasia is an additional obstacle in managing daily living. Communication is essential for both the feeling of connectedness and integrity. In case communication becomes difficult people have feeling of being disconnected, disintegrated, alienated and homeless i. e a feeling of not being whole.</p> <p>Communication is facilitated through touch. Care providers consider closeness creates confidence in patients, gives them courage to try to communicate and request help. Thus, this close and confident relationship facilitates understanding and being understood. Touch may also mediate acceptance of the patient and a confirmation of the patient's value. The study shows, that researchers found two major themes. And four sub themes. The first major theme is "co-creating". A close relationship, when the parties encountering each other in active participation, being within and not just being there means creating possibilities for co creating. (Silent dialogue) Touch was considered as being a form of silent dialogue. When communicating, they often hold each other's hands. A non-physical touch through eye contact can also occur between them. The pitch, volume and tone of the voice and the body language are more important for the care provider than spoken words. Showing the patient respect is important. They demonstrate the patient's equality through acting with humility. The care provider adjusts her body actions to the patient's actions, acting at the same pace and in mutuality with the patient. Care provider need to be at the same height, to show respect. Because when the patient sits and they stand over him, he might feel inferior. One is allowed to fail to understand without feeling that the whole situation is a fiasco. The important thing is to dare to attempt to communicate again. It is important that care providers and patients work towards the same goal. By using small talk the care provider creates a pleasant atmosphere when the patient does not want or dare to communicate. She converses with the patient and in such situations both ask and answers their own questions in a relaxing way, she accepts if the patient does not try to answer. But when the patient actively tries to communicate the care provider stays silent. She supports and encourages the patient's actions, attempts to communicate, and is eager to help. Care providers invite the patient to participate in the creative act of communication. They have a communicative attitude and show interest in the patient's personal desires. The care providers encounter the patient as a presence in a caring communion. In part, care providers communicate by continuously conveying their presence to the patient and even creating availability in a close and open intersubjective relationship. Caring</p>

communion is a creative act, characterized, for instance, by presence and togetherness, intensity, vitality, openness and possibilities.

Conclusion: Care providers try to make the patient available and themselves available, hence there is reciprocity. A relaxed and supportive atmosphere facilitates reciprocity between care provider and patient and thus facilitates understanding. Thus, in caring communion care providers, by opening themselves and to receiving and sharing feelings with the patient, perceive the patient's fragility and threatened dignity as an appeal directed to them, and in this way, more easily understand the patient's desires and need for care. The results of this study cannot be generalized, but they can be transferred to similar situations.

Sundin K. & Jansson L. (2003). Understanding and being understood as a creative caring phenomenon-in care of patient with stroke and aphasia.

Glaubwürdigkeit (8) -F8	7
Aussagekraft (2)	2
Anwendbarkeit (2) (-F2)	2
Total Punkte (12)	11
Note	5,5

10.9. Anhang I: Richtlinien für die Zusammenarbeit mit Aphasikern

- ❖ Durch Berührung den Kontakt zu den Aphasikern aufnehmen (Hand, Schulter)
- ❖ Der Blick ist ein wichtiger Kontaktpunkt zwischen den Patienten und den Pflegenden
- ❖ Small Talk machen , auch wenn der Patient nicht antwortet
- ❖ Etwaige Aggressionen nicht persönlich nehmen
- ❖ Geduld zeigen, damit der Aphasiker seine Sätze formulieren kann
- ❖ Bei Formulierungsschwierigkeiten, das Wort nicht vorweg nehmen
- ❖ Den Patienten motivieren sich auszudrücken
- ❖ Fortschritte aufzeigen
- ❖ Zeigen, dass es unwichtig ist wenn der Aphasiker Fehler macht
- ❖ Den Redefluss des Aphasikers nicht unterbrechen um Fehler zu korrigieren
- ❖ Sprachfehler des Aphasikers in der eigenen Aussage danach integrieren
- ❖ Zugeben wenn etwas nicht verstanden wurde
- ❖ Vorschlagen zur Kommunikationsunterstützung zu singen
- ❖ Vorschlagen bei Interaktionen um Sprecherlaubnis zu bitten um sich Zeit zur Antwort zu verschaffen.
- ❖ Auf die Tonlage achten
- ❖ Langsam und in kurzen Sätzen sprechen, aber nicht in Kindersprache
- ❖ Mit dem Patienten in Augenhöhe kommunizieren
- ❖ Die Ziele gemeinsam aushandeln
- ❖ Beistehen in der Umorientierung der Lebensinhalte,
- ❖ Mit dem Aphasiker eine gefühlsmässiger „Schutzdistanz“ halten

10.10. Anhang J: Selbstständigkeitserklärung

Selbstständigkeitserklärung

“Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbstständig verfasst habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht.“

Freiburg, 5. Juli 2010

Sandra Baeriswyl